



AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact : ddoc-theses-contact@univ-lorraine.fr

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10

http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php

<http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm>

THESE

Pour obtenir le grade de

DOCTEUR EN MEDECINE

Présentée et soutenue publiquement

dans le cadre du troisième cycle de Médecine Générale

le 30 juin 2009

par

Fabrice GROLIER

LA REGULATION LIBERALE DE LA PERMANENCE DES SOINS DANS LES

VOSGES :

BILAN APRES CINQ ANNEES D'ACTIVITE ET EVALUATION DE LA

SATISFACTION PAR UNE ENQUÊTE AUPRES DE 261 MEDECINS

GENERALISTES VOSGIENS

Examineurs de la thèse :

M. Jean-Dominique DE KORWIN	Professeur	Président
M. Serge BRIANCON	Professeur	Juge
M. Alain GERARD	Professeur	Juge
M. Jean-Baptiste GALLIOT	Docteur en Médecine	Juge

THESE

Pour obtenir le grade de

DOCTEUR EN MEDECINE

Présentée et soutenue publiquement

dans le cadre du troisième cycle de Médecine Générale

le 30 juin 2009

par

Fabrice GROLIER

LA REGULATION LIBERALE DE LA PERMANENCE DES SOINS DANS LES

VOSGES :

BILAN APRES CINQ ANNEES D'ACTIVITE ET EVALUATION DE LA

SATISFACTION PAR UNE ENQUÊTE AUPRES DE 261 MEDECINS

GENERALISTES VOSGIENS

Examineurs de la thèse :

M. Jean-Dominique DE KORWIN	Professeur	Président
M. Serge BRIANCON	Professeur	Juge
M. Alain GERARD	Professeur	Juge
M. Jean-Baptiste GALLIOT	Docteur en Médecine	Juge

UNIVERSITÉ HENRI POINCARÉ, NANCY 1
FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANCY

Président de l'Université : Professeur Jean-Pierre FINANCE

Doyen de la Faculté de Médecine : Professeur Henry COUDANE

Vice Doyen Recherche : Professeur Jean-Louis GUEANT

Vice Doyen Pédagogie : Professeur Annick BARBAUD

Vice Doyen Campus : Professeur Marie-Christine BÉNÉ

Assesseurs :

du 1^{er} Cycle :

du 2^{ème} Cycle :

du 3^{ème} Cycle :

Filières professionnalisées :

Prospective :

FMC/EPP :

M. le Professeur François ALLA

M. le Professeur Jean-Pierre BRONOWICKI

M. le Professeur Pierre-Edouard BOLLAERT

M. le Professeur Christophe CHOSEROT

M. le Professeur Laurent BRESLER

M. le Professeur Jean-Dominique DE KORWIN

DOYENS HONORAIRES

Professeur Adrien DUPREZ – Professeur Jean-Bernard DUREUX

Professeur Jacques ROLAND – Professeur Patrick NETTER

=====

PROFESSEURS HONORAIRES

Pierre ALEXANDRE - Daniel ANTHOINE - Alain BERTRAND - Pierre BEY - Jean BEUREY - Jacques BORRELLY
Michel BOULANGE - Jean-Claude BURDIN - Claude BURLET - Daniel BURNEL - Claude CHARDOT - Jean-Pierre CRANCE
Gérard DEBRY - Jean-Pierre DELAGOUTTE - Emile de LAVERGNE - Jean-Pierre DESCHAMPS - Michel DUC
Jean DUHEILLE - Adrien DUPREZ - Jean-Bernard DUREUX - Gabriel FAIVRE - Gérard FIEVE - Jean FLOQUET
Robert FRISCH - Alain GAUCHER - Pierre GAUCHER - Hubert GERARD - Jean-Marie GILGENKRANTZ
Simone GILGENKRANTZ - Oliéro GUERCI - Pierre HARTEMANN - Claude HURIET - Christian JANOT - Jacques LACOSTE
Pierre LANDES - Alain LARCAN - Marie-Claire LAXENAIRE - Michel LAXENAIRE - Jacques LECLERE - Bernard LEGRAS
Michel MANCIAUX - Jean-Pierre MALLIÉ - Pierre MATHIEU - Pierre NABET - Jean-Pierre NICOLAS - Pierre PAYSANT
Francis PENIN - Gilbert PERCEBOIS - Claude PERRIN - Guy PETIET - Luc PICARD - Michel PIERSON - Jean-Marie POLU
Jean PREVOT - Antoine RASPILLER - Michel RENARD - Jacques ROLAND - René-Jean ROYER - Paul SADOUL
Daniel SCHMITT - Jean SOMMELET - Danièle SOMMELET - Michel STRICKER - Gilbert THIBAUT - Augusta TREHEUX
Hubert UFFHOLTZ - Gérard VAILLANT - Paul VERT - Colette VIDAILHET - Michel VIDAILHET - Michel WAYOFF
Michel WEBER

=====

**PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS
PRATICIENS HOSPITALIERS**

(Disciplines du Conseil National des Universités)

42^{ème} Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE

1^{ère} sous-section : (Anatomie)

Professeur Gilles GROSDIDIER

Professeur Pierre LASCOMBES – Professeur Marc BRAUN

2^{ème} sous-section : (Cytologie et histologie)

Professeur Bernard FOLIGUET

3^{ème} sous-section : (Anatomie et cytologie pathologiques)

Professeur François PLENAT – Professeur Jean-Michel VIGNAUD

43^{ème} Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDICALE

1^{ère} sous-section : (Biophysique et médecine nucléaire)

Professeur Gilles KARCHER – Professeur Pierre-Yves MARIE – Professeur Pierre OLIVIER

2^{ème} sous-section : (Radiologie et imagerie médicale)

Professeur Denis REGENT – Professeur Michel CLAUDON

Professeur Serge BRACARD – Professeur Alain BLUM – Professeur Jacques FELBLINGER

Professeur René ANXIONNAT

44^{ème} Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE, PHYSIOLOGIE ET NUTRITION

1^{ère} sous-section : (*Biochimie et biologie moléculaire*)

Professeur Jean-Louis GUÉANT – Professeur Jean-Luc OLIVIER – Professeur Bernard NAMOUR

2^{ème} sous-section : (*Physiologie*)

Professeur François MARCHAL – Professeur Philippe HAOUZI – Professeur Bruno CHENUEL

3^{ème} sous-section : (*Biologie Cellulaire (type mixte : biologique)*)

Professeur Ali DALLOUL

4^{ème} sous-section : (*Nutrition*)

Professeur Olivier ZIEGLER

45^{ème} Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE

1^{ère} sous-section : (*Bactériologie – virologie ; hygiène hospitalière*)

Professeur Alain LOZNIEWSKI

3^{ème} sous-section : (*Maladies infectieuses ; maladies tropicales*)

Professeur Thierry MAY – Professeur Christian RABAUD

46^{ème} Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ

1^{ère} sous-section : (*Épidémiologie, économie de la santé et prévention*)

Professeur Philippe HARTEMANN – Professeur Serge BRIANÇON

Professeur Francis GUILLEMIN – Professeur Denis ZMIROU-NAVIER – Professeur François ALLA

2^{ème} sous-section : (*Médecine et santé au travail*)

Professeur Christophe PARIS

3^{ème} sous-section : (*Médecine légale et droit de la santé*)

Professeur Henry COUDANE

4^{ème} sous-section : (*Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication*)

Professeur François KOHLER – Professeur Éliane ALBUISSON

47^{ème} Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE

1^{ère} sous-section : (*Hématologie ; transfusion*)

Professeur Thomas LECOMPTE – Professeur Pierre BORDIGONI

Professeur Pierre LEDERLIN – Professeur Jean-François STOLTZ – Professeur Pierre FEUGIER

2^{ème} sous-section : (*Cancérologie ; radiothérapie*)

Professeur François GUILLEMIN – Professeur Thierry CONROY

Professeur Didier PEIFFERT – Professeur Frédéric MARCHAL

3^{ème} sous-section : (*Immunologie*)

Professeur Gilbert FAURE – Professeur Marie-Christine BENE

4^{ème} sous-section : (*Génétique*)

Professeur Philippe JONVEAUX – Professeur Bruno LEHEUP

**48^{ème} Section : ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D'URGENCE,
PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE**

1^{ère} sous-section : (*Anesthésiologie et réanimation chirurgicale*)

Professeur Claude MEISTELMAN – Professeur Hervé BOUAZIZ

Professeur Paul-Michel MERTES

2^{ème} sous-section : (*Réanimation médicale*)

Professeur Henri LAMBERT – Professeur Alain GERARD

Professeur Pierre-Édouard BOLLAERT – Professeur Bruno LÉVY – Professeur Sébastien GIBOT

3^{ème} sous-section : (*Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique*)

Professeur Patrick NETTER – Professeur Pierre GILLET

4^{ème} sous-section : (*Thérapeutique*)

Professeur François PAILLE – Professeur Gérard GAY – Professeur Faiez ZANNAD

**49^{ème} Section : PATHOLOGIE NERVEUSE ET MUSCULAIRE, PATHOLOGIE MENTALE,
HANDICAP et RÉÉDUCATION**

1^{ère} sous-section : (*Neurologie*)
Professeur Gérard BARROCHE – Professeur Hervé VESPIGNANI
Professeur Xavier DUCROCQ
2^{ème} sous-section : (*Neurochirurgie*)
Professeur Jean-Claude MARCHAL – Professeur Jean AUQUE
Professeur Thierry CIVIT
3^{ème} sous-section : (*Psychiatrie d'adultes*)
Professeur Jean-Pierre KAHN – Professeur Raymund SCHWAN
4^{ème} sous-section : (*Pédopsychiatrie*)
Professeur Daniel SIBERTIN-BLANC
5^{ème} sous-section : (*Médecine physique et de réadaptation*)
Professeur Jean-Marie ANDRE – Professeur Jean PAYSANT

50^{ème} Section : PATHOLOGIE OSTÉO-ARTICULAIRE, DERMATOLOGIE et CHIRURGIE PLASTIQUE

1^{ère} sous-section : (*Rhumatologie*)
Professeur Jacques POUREL – Professeur Isabelle VALCKENAERE – Professeur Damien LOEUILLE
2^{ème} sous-section : (*Chirurgie orthopédique et traumatologique*)
Professeur Daniel MOLE
Professeur Didier MAINARD – Professeur François SIRVEAUX – Professeur Laurent GALOIS
3^{ème} sous-section : (*Dermato-vénéréologie*)
Professeur Jean-Luc SCHMUTZ – Professeur Annick BARBAUD
4^{ème} sous-section : (*Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique*)
Professeur François DAP – Professeur Gilles DAUTEL

51^{ème} Section : PATHOLOGIE CARDIORESPIRATOIRE et VASCULAIRE

1^{ère} sous-section : (*Pneumologie*)
Professeur Yves MARTINET – Professeur Jean-François CHABOT – Professeur Ari CHAOUAT
2^{ème} sous-section : (*Cardiologie*)
Professeur Etienne ALIOT – Professeur Yves JUILLIERE – Professeur Nicolas SADOUL
Professeur Christian de CHILLOU
3^{ème} sous-section : (*Chirurgie thoracique et cardiovasculaire*)
Professeur Jean-Pierre VILLEMOT
Professeur Jean-Pierre CARTEAUX – Professeur Loïc MACÉ
4^{ème} sous-section : (*Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire*)
Professeur Denis WAHL

52^{ème} Section : MALADIES DES APPAREILS DIGESTIF et URINAIRE

1^{ère} sous-section : (*Gastroentérologie ; hépatologie*)
Professeur Marc-André BIGARD
Professeur Jean-Pierre BRONOWICKI
2^{ème} sous-section : (*Chirurgie digestive*)
3^{ème} sous-section : (*Néphrologie*)
Professeur Michèle KESSLER – Professeur Dominique HESTIN (Mme) – Professeur Luc FRIMAT
4^{ème} sous-section : (*Urologie*)
Professeur Philippe MANGIN – Professeur Jacques HUBERT – Professeur Luc CORMIER

53^{ème} Section : MÉDECINE INTERNE, GÉRIATRIE et CHIRURGIE GÉNÉRALE

1^{ère} sous-section : (*Médecine interne*)
Professeur Denise MONERET-VAUTRIN – Professeur Jean-Dominique DE KORWIN – Professeur Pierre KAMINSKY
Professeur Athanase BENETOS - Professeur Gisèle KANNY
2^{ème} sous-section : (*Chirurgie générale*)
Professeur Patrick BOISSEL – Professeur Laurent BRESLER
Professeur Laurent BRUNAUD – Professeur Ahmet AYAV

54^{ème} Section : DÉVELOPPEMENT ET PATHOLOGIE DE L'ENFANT, GYNÉCOLOGIE-OBSTÉTRIQUE, ENDOCRINOLOGIE ET REPRODUCTION

1^{ère} sous-section : (Pédiatrie)

Professeur Pierre MONIN

Professeur Jean-Michel HASCOET – Professeur Pascal CHASTAGNER – Professeur François FEILLET

Professeur Cyril SCHWEITZER

2^{ème} sous-section : (Chirurgie infantile)

Professeur Michel SCHMITT – Professeur Pierre JOURNEAU

3^{ème} sous-section : (Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale)

Professeur Michel SCHWEITZER – Professeur Jean-Louis BOUTROY

Professeur Philippe JUDLIN – Professeur Patricia BARBARINO

4^{ème} sous-section : (Endocrinologie et maladies métaboliques)

Professeur Georges WERYHA – Professeur Marc KLEIN – Professeur Bruno GUERCI

55^{ème} Section : PATHOLOGIE DE LA TÊTE ET DU COU

1^{ère} sous-section : (Oto-rhino-laryngologie)

Professeur Claude SIMON – Professeur Roger JANKOWSKI

2^{ème} sous-section : (Ophtalmologie)

Professeur Jean-Luc GEORGE – Professeur Jean-Paul BERROD – Professeur Karine ANGIOI-DUPREZ

3^{ème} sous-section : (Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie)

Professeur Jean-François CHASSAGNE – Professeur Etienne SIMON

=====

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS

64^{ème} Section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE

Professeur Sandrine BOSCHI-MULLER

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

42^{ème} Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE

1^{ère} sous-section : (Anatomie)

Docteur Bruno GRIGNON – Docteur Thierry HAUMONT

2^{ème} sous-section : (Cytologie et histologie)

Docteur Edouard BARRAT

Docteur Françoise TOUATI – Docteur Chantal KOHLER

3^{ème} sous-section : (Anatomie et cytologie pathologiques)

Docteur Béatrice MARIE

43^{ème} Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDICALE

1^{ère} sous-section : (Biophysique et médecine nucléaire)

Docteur Marie-Hélène LAURENS – Docteur Jean-Claude MAYER

Docteur Pierre THOUVENOT – Docteur Jean-Marie ESCANYE – Docteur Amar NAOUN

2^{ème} sous-section : (Radiologie et imagerie médicale)

Docteur Damien MANDRY

44^{ème} Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE, PHYSIOLOGIE ET NUTRITION

1^{ère} sous-section : (Biochimie et biologie moléculaire)

Docteur Jean STRACZEK – Docteur Sophie FREMONT

Docteur Isabelle GASTIN – Docteur Marc MERTEN – Docteur Catherine MALAPLATE-ARMAND

2^{ème} sous-section : (Physiologie)

Docteur Nicole LEMAU de TALANCE – Docteur Christian BEYAERT

4^{ème} sous-section : (Nutrition)

Docteur Didier QUILLIOT – Docteur Rosa-Maria RODRIGUEZ-GUEANT

45^{ème} Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE

1^{ère} sous-section : (*Bactériologie – Virologie ; hygiène hospitalière*)

Docteur Francine MORY – Docteur Véronique VENARD

2^{ème} sous-section : (*Parasitologie et mycologie*)

Docteur Nelly CONTET-AUDONNEAU – Madame Marie MACHOUART

46^{ème} Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ

1^{ère} sous-section : (*Epidémiologie, économie de la santé et prévention*)

Docteur Alexis HAUTEMANIÈRE

4^{ère} sous-section : (*Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication*)

Docteur Pierre GILLOIS – Docteur Nicolas JAY

47^{ème} Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE

1^{ère} sous-section : (*Hématologie ; transfusion*)

Docteur François SCHOONEMAN

2^{ème} sous-section : (*Cancérologie ; radiothérapie : cancérologie (type mixte : biologique)*)

Docteur Lina BEZDETNYA épouse BOLOTINE

3^{ème} sous-section : (*Immunologie*)

Docteur Marcelo DE CARVALHO BITTENCOURT

4^{ème} sous-section : (*Génétique*)

Docteur Christophe PHILIPPE

**48^{ème} Section : ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D'URGENCE,
PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE**

1^{ère} sous-section : (*Anesthésiologie et réanimation chirurgicale*)

Docteur Gérard AUDIBERT

3^{ème} sous-section : (*Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique*)

Docteur Françoise LAPICQUE – Docteur Marie-José ROYER-MORROT – Docteur Nicolas GAMBIER

4^{ème} sous-section : (*Thérapeutique ; médecine d'urgence ; addictologie*)

Docteur Patrick ROSSIGNOL

50^{ème} Section : RHUMATOLOGIE

1^{ère} sous-section : (*Rhumatologie*)

Docteur Anne-Christine RAT

**54^{ème} Section : DÉVELOPPEMENT ET PATHOLOGIE DE L'ENFANT, GYNÉCOLOGIE-OBSTÉTRIQUE,
ENDOCRINOLOGIE ET REPRODUCTION**

5^{ème} sous-section : (*Biologie et médecine du développement et de la reproduction*)

Docteur Jean-Louis CORDONNIER

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES

5^{ème} section : SCIENCE ÉCONOMIE GÉNÉRALE

Monsieur Vincent LHUILLIER

32^{ème} section : Chimie Organique, Minérale, Industrielle

Monsieur Franck DALIGAULT

40^{ème} section : SCIENCES DU MÉDICAMENT

Monsieur Jean-François COLLIN

60^{ème} section : MÉCANIQUE, GÉNIE MÉCANIQUE ET GÉNIE CIVILE

Monsieur Alain DURAND

61^{ème} section : GÉNIE INFORMATIQUE, AUTOMATIQUE ET TRAITEMENT DU SIGNAL

Monsieur Jean REBSTOCK – Monsieur Walter BLONDEL

64^{ème} section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE

Mademoiselle Marie-Claire LANHERS

Monsieur Franck DALIGAULT

65^{ème} section : BIOLOGIE CELLULAIRE

Mademoiselle Françoise DREYFUSS – Monsieur Jean-Louis GELLY

Madame Ketsia HESS – Monsieur Pierre TANKOSIC – Monsieur Hervé MEMBRE – Monsieur Christophe NEMOS

Madame Natalia DE ISLA

66^{ème} section : PHYSIOLOGIE

Monsieur Nguyen TRAN

67^{ème} section : BIOLOGIE DES POPULATIONS ET ÉCOLOGIE

Madame Nadine MUSSE

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES ASSOCIÉS

Médecine Générale

Professeur associé Alain AUBREGE

Docteur Francis RAPHAEL

Docteur Jean-Marc BOIVIN

Docteur Jean-Louis ADAM

Docteur Elisabeth STEYER

=====

PROFESSEURS ÉMÉRITES

Professeur Daniel ANTHOINE - Professeur Pierre BEY - Professeur Michel BOULANGE

Professeur Jean-Pierre CRANCE - Professeur Jean-Pierre DELAGOUTTE - Professeur Jean FLOQUET

Professeur Jean-Marie GILGENKRANTZ - Professeur Simone GILGENKRANTZ - Professeur Alain LARCAN

Professeur Pierre MATHIEU - Professeur Jean-Pierre NICOLAS - Professeur Guy PETIET - Professeur Luc PICARD

Professeur Michel PIERSON - Professeur Jacques ROLAND - Professeur Danièle SOMMELET

Professeur Michel STRICKER - Professeur Gilbert THIBAUT - Professeur Paul VERT

Professeur Colette VIDAILHET – Professeur Michel VIDAILHET

=====

DOCTEURS HONORIS CAUSA

Professeur Norman SHUMWAY (1972)

Université de Stanford, Californie (U.S.A)

Professeur Paul MICHIELSEN (1979)

Université Catholique, Louvain (Belgique)

Professeur Charles A. BERRY (1982)

Centre de Médecine Préventive, Houston (U.S.A)

Professeur Pierre-Marie GALETTI (1982)

Brown University, Providence (U.S.A)

Professeur Mamish Nisbet MUNRO (1982)

Massachusetts Institute of Technology (U.S.A)

Professeur Mildred T. STAHLMAN (1982)

Wanderbilt University, Nashville (U.S.A)

Harry J. BUNCKE (1989)

Université de Californie, San Francisco (U.S.A)

Professeur Daniel G. BICHET (2001)

Université de Montréal (Canada)

Professeur Brian BURCHELL (2007)

Université de Dundee (Royaume Uni)

Professeur Théodore H. SCHIEBLER (1989)

Institut d'Anatomie de Würzburg (R.F.A)

Professeur Maria DELIVORIA-PAPADOPOULOS (1996)

Université de Pennsylvanie (U.S.A)

Professeur Mashaki KASHIWARA (1996)

Research Institute for Mathematical Sciences de Kyoto (JAPON)

Professeur Ralph GRÄSBECK (1996)

Université d'Helsinki (FINLANDE)

Professeur James STEICHEN (1997)

Université d'Indianapolis (U.S.A)

Professeur Duong Quang TRUNG (1997)

*Centre Universitaire de Formation et de Perfectionnement des
Professionnels de Santé d'Hô Chi Minh-Ville (VIÊTNAM)*

Professeur Marc LEVENSTON (2005)

Institute of Technology, Atlanta (USA)

A Monsieur le Professeur DE KORWIN.

Professeur de Médecine Interne.

Nous sommes très sensibles à l'honneur que vous nous faites en acceptant de présider notre jury de thèse. Veuillez trouver ici l'expression de nos sincères remerciements.

A Monsieur le Professeur BRIANCON.

Professeur d'Epidémiologie, d'Economie de la Santé et de Prévention.

Veillez accepter tous nos remerciements pour votre présence dans ce jury. Nous vous exprimons notre plus grand respect.

A Monsieur le Professeur GERARD.

Professeur de Réanimation Médicale.

Vous nous avez fait l'honneur de prendre connaissance de notre travail. Soyez assuré de tout notre respect et de notre profonde gratitude

A Monsieur le Docteur GALLIOT.

Médecin généraliste à Deyvillers et président de l'ASSUM88.

Directeur de thèse.

Un grand merci pour avoir accepté de diriger cette thèse et pour m'avoir accompagné dans ce long projet. Ce fut un plaisir de travailler avec vous. Votre enthousiasme et votre énergie sont un encouragement à exercer la médecine générale.

A Madame le Docteur EMPEREUR.

Médecin de Santé Publique.

Je vous remercie de vos conseils avisés. Votre collaboration m'a été d'une précieuse aide.

A Monsieur le Docteur RICHARDIN.

Médecin généraliste retraité, régulateur à l'ASSUM88

Je vous remercie de votre aide qui a permis d'améliorer ce manuscrit.

A Virginie, la femme de ma vie. J'admire ta force et ton courage. Ton soutien tout au long de ce travail m'a été précieux. Je t'aime.

A Justine et Pauline, mes petites filles adorées.

A mes parents que j'aime profondément et qui m'ont encouragé durant toutes ces années d'études.

A ma sœur Stéphanie et mon futur beau-frère Johann. Je vous souhaite tout le bonheur du monde.

A ma petite sœur Emilie. Je te souhaite la plus grande des réussites.

A mes beaux-parents. Merci d'avoir engendré une femme aussi parfaite.

A mon beau-frère Anthony pour ta bonne humeur.

A mes cousins, cousines avec qui j'ai partagé toute mon enfance. Merci à vous.

A ma grand-mère qui nous manque tous. Tu resteras toujours dans nos cœurs.

A tous mes amis, Anne-Claire, Pierre, Caroline, Lionel, Gaëlle, Laetitia, Nicolas, Halima, Saïd,....

A toutes les personnes qui ont permis de réaliser ce travail.

Serment

« Au moment d'être admis à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions.

J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité.

Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leur raisons et de leurs conséquences.

Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera.

Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admis dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés.

Reçu à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonoré et méprisé si j'y manque. »

LEXIQUE

ADELI : Automatisation des Listes.
AMU : Aide Médicale Urgente.
AMPP : Aide Médicale Permanente à la Population.
AREMEL : Association de Régulation Médicale Libérale.
ARH : Agence Régionale d'Hospitalisation.
ASSUM88 : Association des Services de Soins et d'Urgences Médicales des Vosges.
CCMU : Classification Clinique des Malades des Urgences.
CDOM : Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins.
CNOM : Conseil National de l'Ordre des Médecins.
CODAMU : Comité Départemental de l'Aide Médicale Urgente et transports sanitaires.
CODAMUPS : Comité Départemental de l'Aide Médicale Urgente et de transports sanitaires et de la Permanence des Soins.
CODIS : Centre Opérationnel Départemental d'Incendie et de Secours.
CPAM : Caisse Primaire d'Assurance Maladie.
CRRA : Centre de Réception et de Régulation des Appels.
CRRAL : Centre de Réception et de Régulation des Appels Libéraux.
DHOS : Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins.
DDASS : Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales.
DRASS : Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales.
DRDR : Dotation Régionale pour le Développement des Réseaux.
DRESS : Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques.
DSNP : Demande de Soins Non Programmés.
EHPAD : Etablissement Hospitalier pour les Personnes Agées Dépendantes.
FAQSV : Fonds d'Aide à la Qualité des Soins de Ville.
FIQCS : Fonds d'Intervention pour la Qualité et la Coordination des Soins.
IGAS : Inspection Générale des Affaires Sociales.
INSEE : Institut National de Statistiques et d'Etudes Economiques.
MMG : Maison Médicale de Garde.
MRS : Mission Régionale de Santé.
PARM : Permanencier Auxiliaire de Régulation Médicale.
PDS : Permanence Des Soins.
SAMU : Service d'Aide Médicale Urgente.
SDIS : Service Départemental d'Incendie et de Secours.
SAU : Service d'Accueil des Urgences.
SMUR : Service Mobile d'Urgence et de Réanimation.
SROS : Schéma Régional d'Organisation Sanitaire.
URCAM : Union Régionale des Caisses d'Assurance Maladie.
URML : Union Régionale des Médecins Libéraux.
VSAV : Véhicule de Soins et d'Assistance aux Victimes.

SOMMAIRE

INTRODUCTION.....	19
1 La régulation médicale libérale dans les Vosges.	22
1.1 Les Vosges : des perspectives démographiques inquiétantes.	22
1.1.1 Le point sur la démographie du département.	22
1.1.1.1 Généralités.	22
1.1.1.2 Un département à prédominance rurale.	22
1.1.1.3 Une population vieillissante.	24
1.1.2 Les difficultés démographiques des généralistes vosgiens.	25
1.1.2.1 Un déficit des effectifs qui s'aggrave.	25
1.1.2.2 Un nombre insuffisant de jeunes diplômés.	26
1.1.2.3 Des jeunes médecins qui délaissent la Médecine Générale.	28
1.1.2.4 La féminisation de la profession.	29
1.1.2.5 Une répartition des médecins inégale sur le territoire.	31
1.1.3 Conclusion sur le déclin démographique des généralistes.	35
1.2 Etat des lieux de la Permanence des Soins : Rappels.	35
1.2.1 Définition.	35
1.2.2 Le rapport du sénateur Descours.	36
1.2.3 Le nouveau cadre réglementaire.	36
1.2.4 Organisation de la Permanence des Soins.	37
1.2.4.1 La sectorisation.	37
1.2.4.2 La régulation des appels : pièce maîtresse de la PDS.	39
1.3 Mise en place de la Régulation Libérale dans les Vosges.	40
1.3.1 Historique de la régulation libérale dans les Vosges.	40
1.3.2 La sectorisation dans les Vosges.	42
1.3.3 Financement.	43
1.3.4 Un site commun aux régulateurs libéraux et hospitaliers.	44
1.3.5 Les acteurs de la régulation.	45
1.3.5.1 Les Permanenciers Auxiliaires de Régulation Médicale (PARM).	45
1.3.5.2 Les régulateurs Libéraux.	46
1.3.5.3 Régulateurs Hospitaliers du SAMU.	48
1.3.5.4 Les médecins effecteurs.	48
1.3.6 Concrètement, comment faire pour avoir le médecin de garde ?.....	49
1.3.7 Conclusion sur la régulation libérale des Vosges.	52

1.4	Bilan de l'activité de la régulation de 2004 à 2007.....	53
1.4.1	Nombre total d'affaires traitées.....	53
1.4.2	Répartition des appels dans la semaine.....	54
1.4.3	Activité mensuelle de la régulation.....	55
1.4.4	Répartition des décisions prises par le régulateur libéral.....	56
1.4.5	Prise en charge des actes par la CPAM.....	58
1.4.5.1	Actes régulés.....	58
1.4.5.2	Actes non régulés.....	60
1.4.6	Analyse de l'activité des gardes de nuit selon les secteurs en 2007.....	62
1.4.7	Coûts de la régulation.....	65
1.4.8	Conclusion sur le bilan d'activité de la régulation vosgienne.....	67
2	Enquête de satisfaction auprès des généralistes vosgiens.....	68
2.1	Objectifs.....	68
2.2	Matériel et méthode.....	68
2.3	Résultats.....	68
2.3.1	Description des médecins.....	69
2.3.1.1	Répartition selon le sexe.....	69
2.3.1.2	Répartition selon l'âge.....	69
2.3.1.3	Répartition selon le milieu d'exercice.....	69
2.3.1.4	Répartition selon le mode d'exercice.....	70
2.3.2	Avis et connaissance de la régulation.....	70
2.3.2.1	Connaissance du numéro de MEDIGARDE 0820.33.20.20.....	70
2.3.2.2	Mise à disposition des supports visuels MEDIGARDE.....	70
2.3.2.3	Fréquence de recours à la régulation.....	71
2.3.2.4	Nécessité d'un médecin généraliste régulateur.....	71
2.3.2.5	Incitation à l'installation des jeunes généralistes en milieu rural.....	72
2.3.3	Satisfaction de la régulation.....	72
2.3.3.1	Satisfaction globale de la régulation.....	72
2.3.3.2	Impact sur la qualité de vie.....	73
2.3.3.3	Lien de subordination avec le régulateur.....	73
2.3.3.4	Difficultés avec la régulation.....	74
2.3.3.5	Réalisation d'une « contre-régulation ».....	75
2.3.3.6	Evaluation de la satisfaction de MEDIGARDE par les patients.....	76
3	Discussion et interprétation des résultats de l'enquête.....	77
3.1	Interprétation des résultats.....	77
3.1.1	Les limites de l'enquête.....	77
3.1.2	Taux de participation à l'enquête.....	77
3.1.3	Avis et connaissances de la régulation.....	78
3.1.4	Satisfaction de la régulation libérale.....	79
3.1.5	Analyse des commentaires libres.....	86

3.2 Etude comparative avec d'autres thèses similaires.	88
3.2.1 Comparaison des enquêtes de satisfaction.	89
3.2.1.1 Organisation des associations de régulation libérale.	89
3.2.1.2 Taux de réponse.	90
3.2.1.3 Caractéristiques des médecins.	90
3.2.1.4 Comparaison des résultats.	91
3.2.1.5 Conclusion.	93
3.2.2 Comparaison de l'activité de la régulation.	94
3.3 Problèmes rencontrés avec le dispositif de régulation actuel.	95
3.3.1 Difficultés au sein de la régulation vosgienne.	95
3.3.1.1 Des difficultés de recrutement de régulateurs.	95
3.3.1.2 Des difficultés à joindre les effecteurs.	95
3.3.1.3 Des problèmes médicaux-légaux.	96
3.3.2 La PDS est fragile et son fonctionnement aléatoire.	96
3.3.2.1 Le rapport de l'IGAS.	96
3.3.2.2 Le rapport du docteur GRALL.	98
3.3.3 La réponse du CNOM sur l'état des lieux de la PDS en 2008.	99
3.3.4 Une accentuation objective du recours aux structures d'urgences.	104
3.3.5 Améliorations possibles.	106
3.3.6 Conclusion sur les difficultés de la régulation libérale.	107
3.4 Perspectives d'avenir.	108
3.4.1 Les MMG ont-elles un avenir dans le département ?	108
3.4.1.1 Le rapport sur les MMG de Juillet 2006.	108
3.4.1.2 L'organisation et le fonctionnement des MMG.	108
3.4.1.3 Qu'en est-il dans les Vosges ?	109
3.4.2 La réorganisation dans le département de la sectorisation et de la « nuit profonde ».	110
3.4.2.1 La réduction du nombre de secteurs.	110
3.4.2.2 La suppression de l'astreinte en « nuit profonde » pour les effecteurs.	111
CONCLUSION.	113
BIBLIOGRAPHIE.	116
ANNEXES.	124

INTRODUCTION

L'objectif de la Permanence des Soins Ambulatoires est de permettre l'accès aux soins sans caractère de gravité immédiate, en dehors des heures d'ouverture habituelles des cabinets médicaux et ce, quelque soit son lieu d'habitation. Cette PDS a été réorganisée en 2003 pour mieux répondre aux besoins de la population mais aussi afin d'améliorer les conditions de travail des généralistes dont les effectifs diminuent et la moyenne d'âge augmente.

Le décret du 15 septembre 2003 tente de redéfinir l'organisation de la PDS (1). Elle se base sur un découpage du département en plusieurs secteurs géographiques. Chaque secteur possède un médecin de garde. L'intervention de ce médecin n'est possible qu'après une analyse de l'appel, réalisée en amont par un médecin régulateur qui, après évaluation de la gravité de la situation, prendra la décision de solliciter ou non le médecin d'astreinte. Ainsi, tout appel reçoit une réponse médicale. Par ailleurs, il existe une relation étroite entre la régulation de la PDS et du SAMU. En effet, dans les cas les plus graves, le médecin régulateur libéral peut à tout moment transférer l'appel au médecin du SAMU, mieux habilité à gérer ce genre de situation.

Les problèmes de démographie médicale ont conduit les généralistes vosgiens à se mobiliser très tôt dans la mise en place de cette régulation en réactivant l'Association des Services de Soins et d'Urgence Médicale (ASSUM88). Elle regroupe les médecins généralistes volontaires pour réguler les appels de la Permanence des Soins du département.

Quelle place occupe la régulation dans la PDS ? Donne-t-elle entière satisfaction aux médecins de garde sur le terrain ? Quels sont les points positifs et négatifs d'un tel dispositif ? Qu'en est-il sur le plan national ?

Dans un premier temps, nous nous intéresserons aux difficultés démographiques que rencontre le département pour ensuite dresser le bilan comptable de la régulation libérale de l'ASSUM88 depuis sa création.

Dans un second temps, nous tenterons d'évaluer au mieux l'impact de ce dispositif chez les médecins généralistes vosgiens par une enquête de satisfaction.

Nous terminerons avec l'analyse des résultats de cette enquête et nous proposerons quelques éléments de réflexion.

Ce travail entre dans le cadre du mémoire de DES de Médecine Générale couplé à la Thèse.

1 La régulation médicale libérale dans les Vosges.

1.1 Les Vosges : des perspectives démographiques inquiétantes.

1.1.1 Le point sur la démographie du département.

1.1.1.1 Généralités.

En 2005, Les Vosges comptaient 383 000 habitants soit environ 16,4% de la population lorraine et 0,6 % de la population française (2).

Le département des Vosges se situe au troisième rang régional, loin derrière la Moselle (1 003 700 habitants) et la Meurthe-et-Moselle (724 000 habitants) mais devant la Meuse (193 000 habitants).

Il est composé de 515 communes réparties en 31 cantons et 3 arrondissements. Epinal est la préfecture et la principale ville du département (35 100 habitants).

Le département souffre depuis une trentaine d'années d'une baisse significative de sa population : culminant à presque 400 000 habitants en 1975, le nombre d'habitants s'est réduit à 380 000 en 1999. En cause, la crise du textile et les difficultés de reconversion de l'industrie vosgienne.

Malgré les difficultés économiques rencontrées ces dernières années, le département peut toutefois compter sur l'agriculture, le tourisme (sports d'hiver et activité estivale), le thermalisme et sur sa filière forestière en plein essor pour attirer à nouveau la population.

1.1.1.2 Un département à prédominance rurale.

Les Vosges couvrent un territoire de 5 903 km² soit un quart de la superficie de la région Lorraine. Elles restent un département relativement rural avec une densité moyenne de

65 habitants/km², alors que la densité moyenne de la Lorraine est de 99 habitants/km² et celle de la France de 108 habitants/km² (2).

Cette ruralité se traduit par un nombre important de petits villages avec 122 communes de moins de 100 habitants recensées soit presque un quart des communes du département.

Le relief varié des Vosges permet de classer le territoire en trois zones :

- L'arrondissement de Neufchâteau à l'ouest : on retrouve un paysage de plaines et de collines, avec de nombreux petits villages éparpillés. Cette particularité géographique explique une densité très basse de l'ordre de 38 habitants au km². Le monde rural y est à la fois fortement implanté mais également malmené depuis une quarantaine d'années en raison d'un exode rural massif vers les grandes agglomérations pourvoyeuses d'emploi (3).
- L'arrondissement d'Epinal au centre : la concentration d'industries textiles le long de la vallée de la Moselle explique en partie une densité plus élevée de 73 habitants au km². Ce secteur est plutôt urbanisé, avec à la périphérie des villes, la présence de nombreux petits villages en voie d'expansion qui attirent de nombreuses familles séduites par le mode de vie semi-rural. Toutefois, l'activité industrielle de cet arrondissement est fragile et reste en difficulté : de fait, on assiste à un déclin continu de l'emploi et de la population dans certaines zones isolées comme Mirecourt ou Charmes (3).
- L'arrondissement de Saint-Dié à l'est : Il est caractérisé par un relief montagneux de moyenne altitude et donc un accès hivernal moins aisé. Compte tenu de sa superficie plus restreinte mais également d'un dynamisme économique grandissant suite à sa reconversion économique, l'arrondissement de Saint-Dié affiche une densité de 80 habitants au km². La présence de stations de ski bien équipées participe également à renforcer l'activité touristique du département (3).

La densité de la population est donc assez hétérogène (**carte annexe 1**) :

- ✓ A l'ouest du département, des zones de rase campagne frappées par une désertification grandissante.

- ✓ A l'est, un relief avec des conditions climatiques plus rudes rendant les déplacements délicats et isolant la population malgré un regain de dynamisme économique.

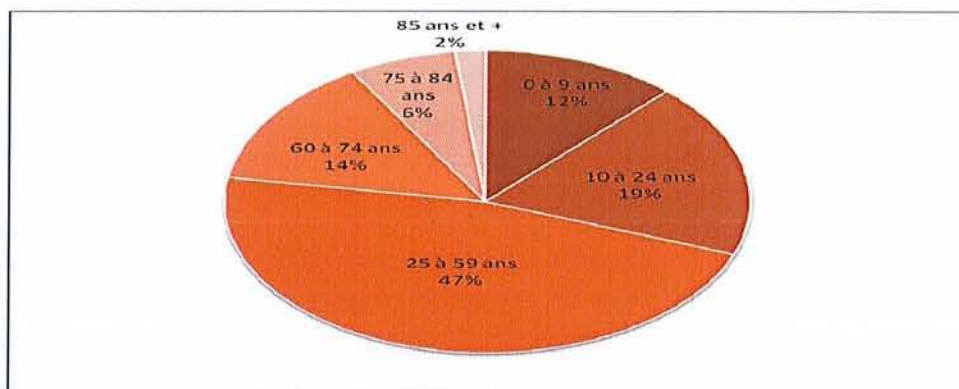
En conséquence, l'accès aux soins est plus difficile avec des structures de soins plus éloignées.

1.1.1.3 Une population vieillissante.

Le pourcentage de personnes âgées est de plus en plus important dans la population du département (graphique n°1). On comptabilisait en 2003 environ 32 000 personnes de plus de 75 ans (soit 8,4 % de la population départementale) et on estime leur nombre à environ 40 500 en 2015, soit une augmentation de 25 % en un peu plus de dix ans (4). Il faut noter également que 86,6 % des personnes âgées vivent à leur domicile et 38.1 % y vivent seules (4).

La population vieillit et vit de plus en plus longtemps comme le montre l'espérance de vie en Lorraine qui est de 81,6 ans pour les femmes et de 74,4 ans pour les hommes (5). Ces chiffres restent malgré tout inférieurs à la moyenne nationale puisque les femmes y ont une espérance de vie de 83,7 ans et les hommes 76,8 ans.

Source INSEE



Graphique n°1 : répartition de la population par tranche d'âge au 01/01/2004.

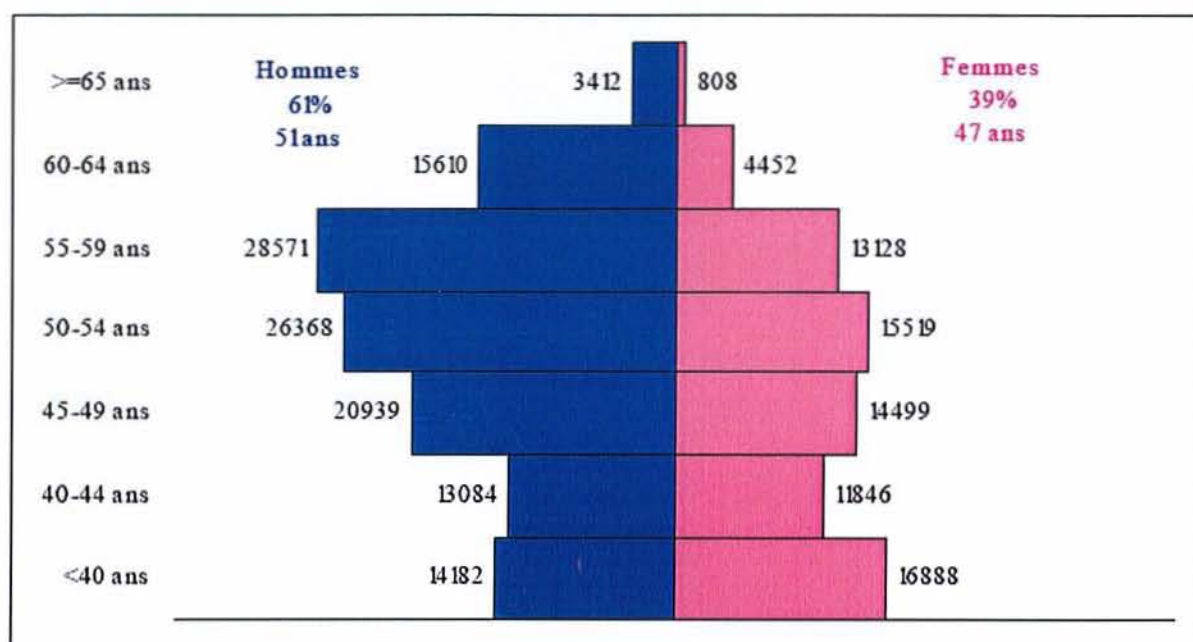
Ce vieillissement inévitable de la population va engendrer une augmentation progressive et continue de la consommation de soins. Il est donc indispensable que l'offre puisse répondre à ces besoins en garantissant une égalité à l'accès aux soins pour chaque habitant du département.

1.1.2 Les difficultés démographiques des généralistes vosgiens.

1.1.2.1 Un déficit des effectifs qui s'aggrave.

Le profil démographique de l'ensemble des médecins français est préoccupant. Les nombreux professionnels de santé issus du « baby-boom » approchent indéniablement de l'âge de départ en retraite. L'analyse de la pyramide des âges des médecins français (graphique n°2) traduit ce phénomène en montrant un très net élargissement du sommet au détriment de la base.

Source CNOM. 2008

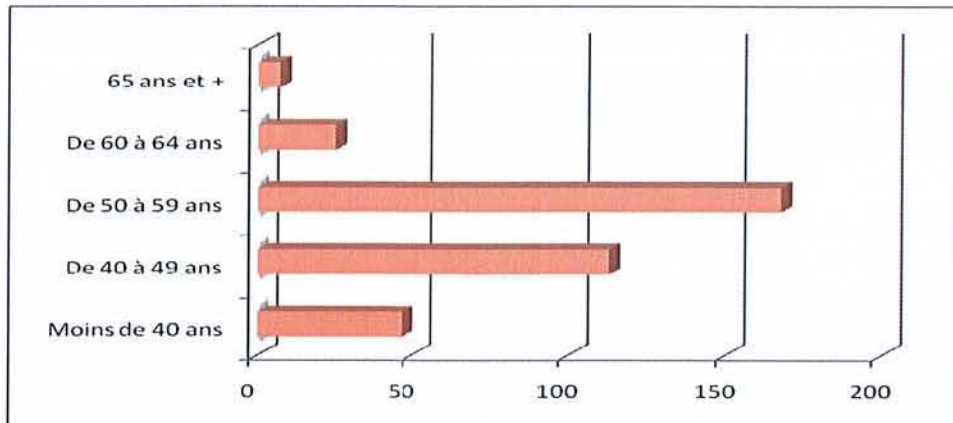


Graphique n°2 : Pyramide des âges des médecins en activité régulière en 2007.

Malheureusement, le département n'est pas épargné par cette tendance au vieillissement des professionnels de santé. Comme le montre la pyramide des âges ci-après (graphique n°3), on remarque également un net rétrécissement de la base.

En 2008, 345 médecins généralistes installés dans les Vosges sont inscrits au fichier ADELI (6) avec un âge moyen de 54 ans, alors que la moyenne nationale est de 49,3 ans (7).

En 2002, la DRESS recensait en France 34,5 % de généralistes âgés de plus de 50 ans dont 4,7 % de plus de 60 ans. En 2012, 55 % des généralistes auront plus de 50 ans dont 14 % plus de 60 ans (8).



Graphique n°3 : Répartition par tranche d'âge des généralistes vosgiens.

En 2004, quatre nouvelles installations ont été recensées pour six départs (trois en retraite et trois pour d'autres raisons). Seulement deux médecins se sont inscrits au conseil départemental de l'ordre en qualité de remplaçant (9). Le profil vieillissant des généralistes annonce une recrudescence des départs en retraite dans les années à venir.

Une étude de 2003 du CDOM des Vosges vient corroborer cette tendance (9). Elle prévoit 40 départs en retraite d'ici 2010 soit une baisse des effectifs de 11 % faisant alors chuter la densité médicale à 80 médecins pour 100 000 habitants en 2010 contre 90 médecins pour 100 000 habitants actuellement.

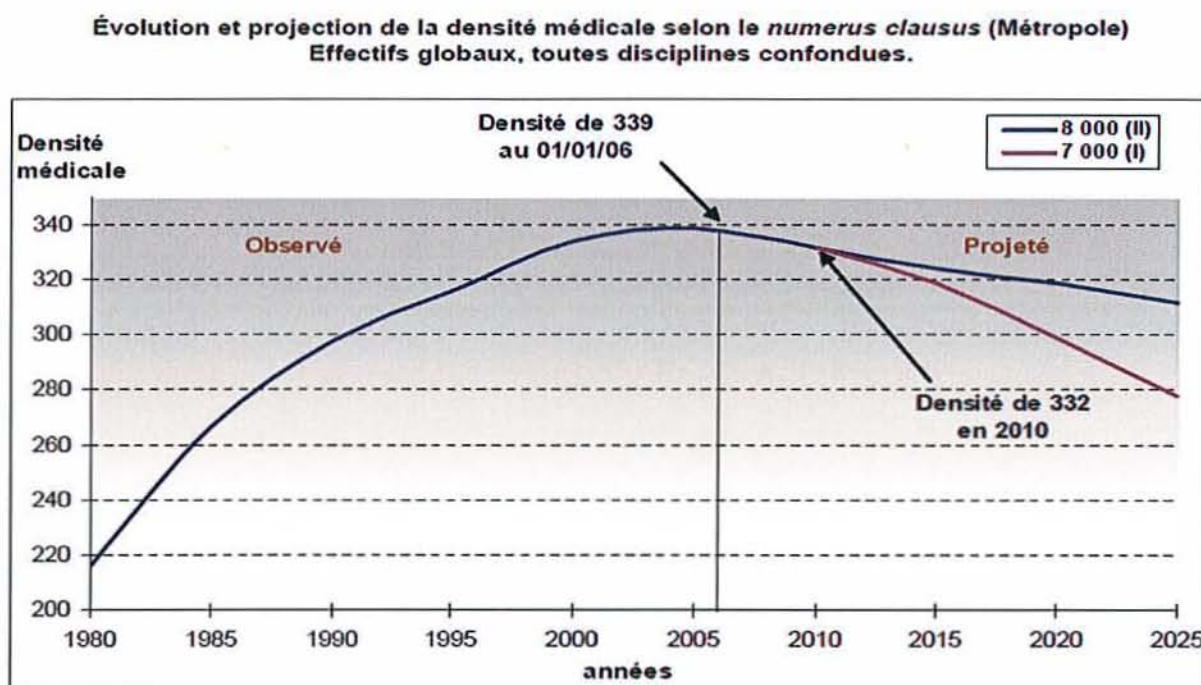
Il est à noter également que le changement d'orientation professionnelle de certains médecins (médecins coordinateurs d'EHPAD, médecine scolaire,...) vient renforcer cette baisse des effectifs.

1.1.2.2 Un nombre insuffisant de jeunes diplômés.

En 1971, pour faire face à la hausse des dépenses de santé, le Ministre de la Santé, Mme Simone VEIL décide de limiter le nombre de candidats admis en 2^{ème} année de médecine en instaurant le Numerus Clausus. L'objectif affiché est donc la régulation du flux des effectifs des futurs médecins. Cette année là, le nombre de places s'élève à 8 588 places puis va en diminuant chaque année pour chuter en 1992 à 3 500. A partir de ce moment, le Ministère de la Santé s'aperçoit que la baisse drastique du Numerus Clausus va s'accompagner d'une

pénurie médicale dans les prochaines décennies (10). Il relève alors le nombre de place qui atteint 6 200 places en 2002 puis 7 100 places en 2007 (11).

Le CNOM préconise le maintien d'un Numerus Clausus à 8 000 pendant au moins 5 à 10 ans afin de pouvoir limiter la baisse de la densité médicale et maintenir les effectifs (12). On peut voir l'illustration de cette hypothèse sur le graphique n°4 ci-dessous.



Source: « Projection démographique de la profession médicale en France (2000-2050) », *Quel numerus clausus pour quel avenir ?*, Cahiers de sociologie et de démographie médicales, n°1, Janvier-Mars 2004.

Graphique n°4 : Evolution et projection de la densité médicale selon le Numerus Clausus

Malgré les efforts réalisés par le Ministère de la Santé, les effets de l'augmentation du Numerus ne pourront être visibles que dans une dizaine d'années puisque la durée de formation d'un médecin généraliste est de dix ans. De plus, l'âge d'inscription à l'Ordre des Médecins s'allonge. Alors qu'il devrait se situer théoriquement entre 28 et 30 ans, l'âge moyen d'inscription est de 32,4 ans. Cette inscription tardive à l'Ordre est le témoin d'une installation elle aussi de plus en plus tardive (12).

Cette pénurie de jeunes professionnels de santé ne favorise pas le renouvellement de la population médicale et vient accentuer les risques de carences de soins en particulier dans les zones à faible densité médicale.

1.1.2.3 Des jeunes médecins qui délaissent la Médecine Générale.

Depuis 2004, la Médecine Générale est considérée comme une spécialité à part entière (13). La spécialisation est obtenue après trois années d'internat et élève ainsi la Médecine Générale au même rang que toute autre spécialité médicale. Cette modification de statut doit répondre "au défi de la démographie des professions de santé" en rendant la médecine générale aussi attractive pour les étudiants que les autres spécialités médicales au moment où le médecin traitant est placé au coeur du parcours de soins coordonnés.

Malgré tous ces efforts de valorisation de la médecine générale, le constat reste alarmant : un peu moins de 60 % des postes ouverts en Médecine Générale ont été pourvus suite aux Epreuves Classantes Nationales de 2005. La même année à Nancy, seulement quatre postes sur dix ont été pourvus fragilisant encore plus la profession qui pourtant se révèle être le pilier du système de soin de premier recours en France (14).

Quelques éléments peuvent expliquer ce phénomène : l'isolement, la charge de travail croissante, l'absence de repos de sécurité, une retraite incertaine, l'exercice en milieu rural ou encore la tendance aux 35 heures (15).

Il faut également souligner l'attractivité de la médecine salariée (accueil des urgences, poste en EHPAD,..) qui attire de plus en plus les jeunes généralistes en raison de conditions de travail certainement moins contraignantes.

Mais c'est surtout la méconnaissance de l'exercice de la médecine générale qui semble freiner les étudiants à se lancer dans cette voie (16). Il faut reconnaître que les modalités d'enseignements de la Médecine Générale et en particulier les stages hospitaliers ne semblent pas être les plus adaptés à l'apprentissage de la Médecine Générale. En effet, la plupart des stages effectués par les internes s'effectuent dans l'enceinte des CHU ou dans les grandes structures hospitalières périphériques et par conséquent très loin des murs d'un cabinet de Médecine Générale.

Il faudrait sensibiliser les étudiants précocement en 2nd cycle d'études médicales en leur proposant un stage de découverte de la Médecine Générale afin qu'ils découvrent la réalité de

l'exercice de cette profession et ainsi faire disparaître certains préjugés. Il en a été discuté en 1997 mais les modalités de réalisation restent encore à définir.

En plus de délaisser la Médecine Générale pourtant revalorisée à juste titre, les jeunes médecins ne souhaitent plus exercer à la campagne. Ce n'est pas en raison d'un désintérêt de la pratique médicale à la campagne mais plutôt d'un manque d'attrait de la campagne, où les services et loisirs proposés sont moindres qu'en secteur urbain. Les jeunes médecins privilégient l'installation en milieu urbain, proche de leur faculté d'origine, ou en périphérie des villes où ils aspirent à une qualité de vie meilleure (écoles, services publics, transports, dynamisme....) ce que certaines zones recluses du territoire n'offrent plus ou presque (15).

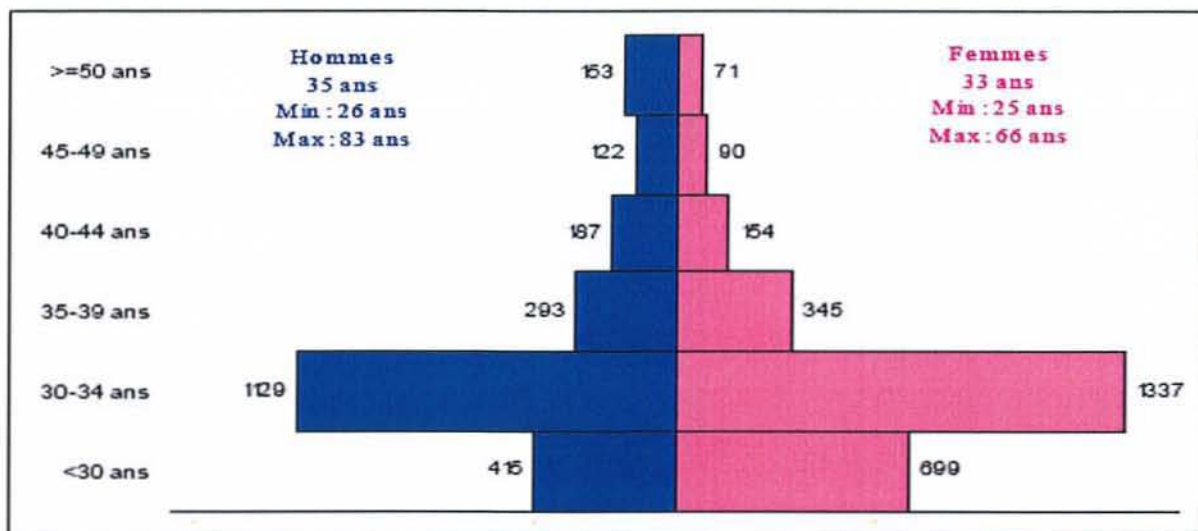
1.1.2.4 La féminisation de la profession.

Si les femmes ont eu du mal à pouvoir exercer la médecine (exercice autorisé en 1842 !), elles sont en train de rattraper leur retard. Ainsi, on constate depuis plusieurs années une augmentation considérable de la présence féminine dans le corps médical.

Dans les années 1960, on ne comptait que 10 % de femmes médecins contre presque 39 % en 2005 pour l'ensemble du corps médical. En 2020, un médecin sur deux sera une femme (17).

En reprenant la pyramide des âges des médecins français, on s'aperçoit qu'en 2006, les femmes sont majoritaires chez les moins de 40 ans (54 %) et que dans certaines facultés, on recense près de 64 % d'étudiantes inscrites en PCEM1 (18).

Le dernier atlas de démographie du CNOM confirme la féminisation de la profession (7). Elle se renforce même puisque les femmes représentent 54 % des inscriptions au CNOM en 2007 (graphique n°5 page suivante)



Graphique n°5 : Pyramide des âges des nouveaux inscrits au CNOM en 2007

Cependant, le département des Vosges accuse un retard assez conséquent puisque on recensait en 2005 seulement 66 femmes généralistes soit 18,3 % de l'ensemble des généralistes (9).

Une étude de l'URML Rhône-Alpes réalisée en 2003 souligne le mode d'exercice différent des femmes par rapport à leurs confrères (17). On retrouve une forte implantation des femmes dans la médecine salariée (48 % contre 30 % chez les hommes). En libéral, leur temps de travail est inférieur à celui des hommes avec respectivement 50 heures et 56 heures par semaine. Enfin, elles adoptent plus volontiers l'exercice à temps-partiel (38 % contre 6 % chez les hommes).

Le Dr Irène KAHN-BENSAUDE confirme cette tendance dans son enquête réalisée en 2005 (18). Elle a interrogé 624 étudiants en PCEM2 sur leur futur mode exercice : 47 % des femmes souhaitent une activité à temps-partiel contre 23 % chez leurs homologues masculins. Les femmes sont très satisfaites de ce mode d'exercice car il leur permet de préserver le temps qu'elles souhaitent consacrer à leur famille et à leurs enfants.

Les gardes posent de grandes difficultés à ces mères de famille qui doivent conjuguer vie professionnelle et vie de famille. Dans une enquête menée en Ile et Vilaine en 2002, elles sont 40 % à se faire remplacer au cours de leurs gardes (19). Elles évoquent essentiellement la surcharge de travail et la garde des enfants qui motivent ce « choix ».

Une étude menée en 1988 par le centre de sociologie et de démographie médicale explique qu'environ un tiers des femmes médecins a cessé temporairement leur activité professionnelle (20). Parmi elles, seulement un tiers l'ont fait suite à une maternité, les autres raisons étant la maladie ou la mutation de conjoint. Elles sont aussi plus nombreuses à cesser leur activité avant 50 ans (13% contre 8% chez leurs confrères) (21).

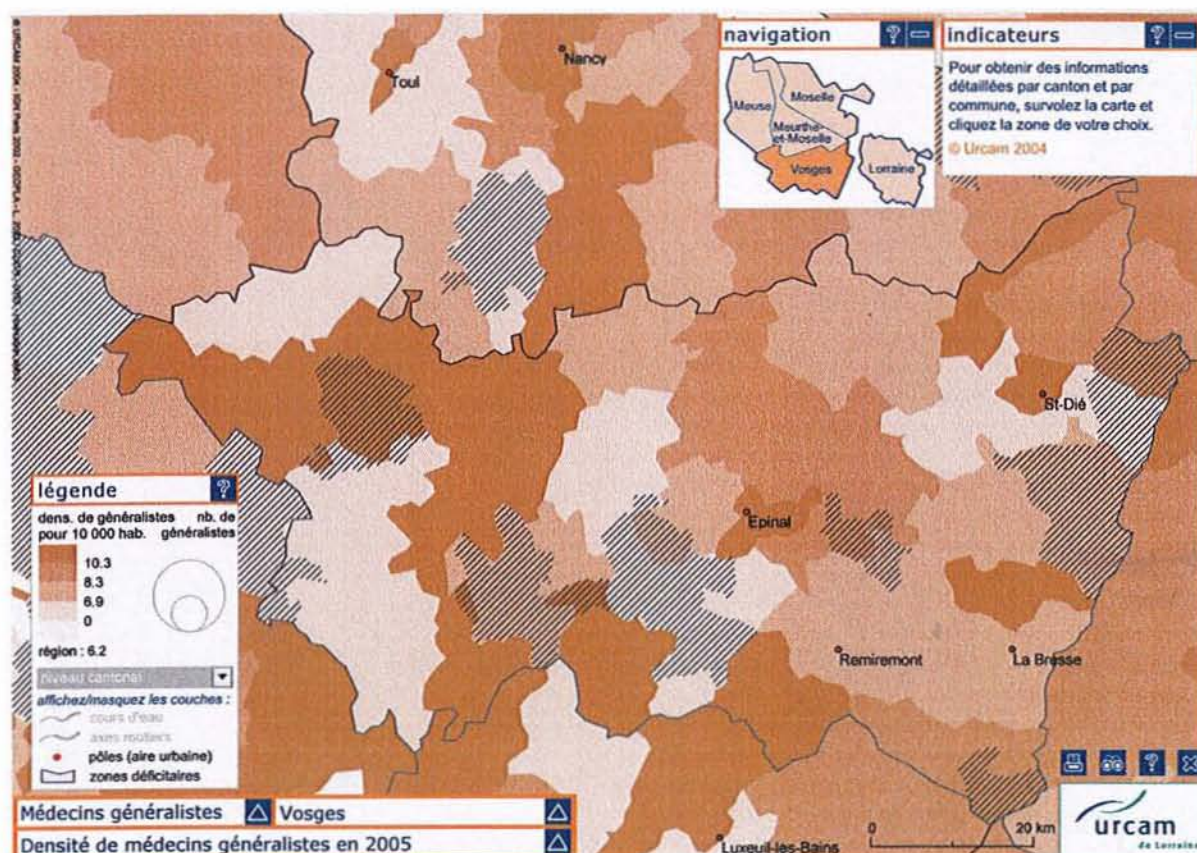
Pour terminer, les femmes médecins choisissent plus particulièrement d'exercer en zone urbaine (18).

La féminisation de la profession médicale est une avancée et un progrès social indiscutable. Néanmoins, leurs modalités d'exercice contribuent indirectement à accentuer l'affaiblissement de l'offre de soins et à aggraver la désertification médicale des campagnes.

1.1.2.5 Une répartition des médecins inégale sur le territoire.

La densité moyenne des médecins généralistes vosgiens est de 90 médecins pour 100 000 habitants soit 1 médecin pour 1111 habitants. Elle est légèrement inférieure à celle de la région (105 médecins pour 100 000 habitants) et mais elle se révèle beaucoup plus faible que celle de l'ensemble du territoire français (115 médecins pour 100 000 habitants) (9).

Cette faible densité médicale s'accompagne également d'une répartition très inégale dans le département. La carte n°1 qui suit met en évidence cette problématique. On retrouve des cantons affichant des densités supérieures à 130 médecins pour 100 000 habitants comme à Epinal (134 médecins pour 100 000 habitants), Vittel (132 médecins pour 100 000 habitants) et d'autres des densités beaucoup plus faibles comme à Brouvelieures (42 médecins pour 100 000 habitants) ou Dompierre (57 médecins pour 100 000 habitants) (22). Les zones dynamiques et touristiques (ex : stations thermales pour le canton de Vittel) attirent les médecins au détriment de zones retirées et peu peuplées accentuant encore plus les difficultés et l'inégalité d'accès aux soins dans le département.



Carte n°1 : Densité médicale et zones déficitaires en 2005

Par ailleurs, certaines zones du département souffrent de difficultés majeures d'accès aux soins ambulatoires. Elles sont appelées « zones déficitaires » et sont définies par le décret n° 2003-1140 du 28 novembre 2003 (23):

« Une zone est considérée comme déficitaire lorsque sur un territoire comportant au moins 5 000 habitants sont constatées des difficultés d'accès au médecin généraliste. Ces difficultés sont établies lorsque 3 des 4 conditions suivantes sont réunies :

- 1) Les habitants ne peuvent bénéficier de soins dispensés par un médecin généraliste dans un délai inférieur à quarante minutes
- 2) L'effectif de médecins est inférieur à l'équivalent de trois médecins généralistes exerçant la médecine générale à plein temps pour 5 000 habitants.
- 3) Le volume d'activité des médecins généralistes est supérieur à 7 500 actes par an pour 75% des médecins du territoire considéré.
- 4) Est satisfait au moins l'un des trois critères suivants

- a) *la proportion de personnes âgées de plus de 75 ans est supérieure à 10% de la population du territoire concerné,*
- b) *La proportion de bénéficiaires de minimas sociaux, de la couverture médicale universelle ou de personnes souffrant d'une affection de longue durée est supérieure à la moyenne nationale et régionale sur le territoire considéré,*
- c) *Le territoire considéré est qualifié au titre de la politique de la ville ou des zones de revitalisation rurale »*

L'URCAM Lorraine a recensé 8 zones déficitaires dans les Vosges (24) :

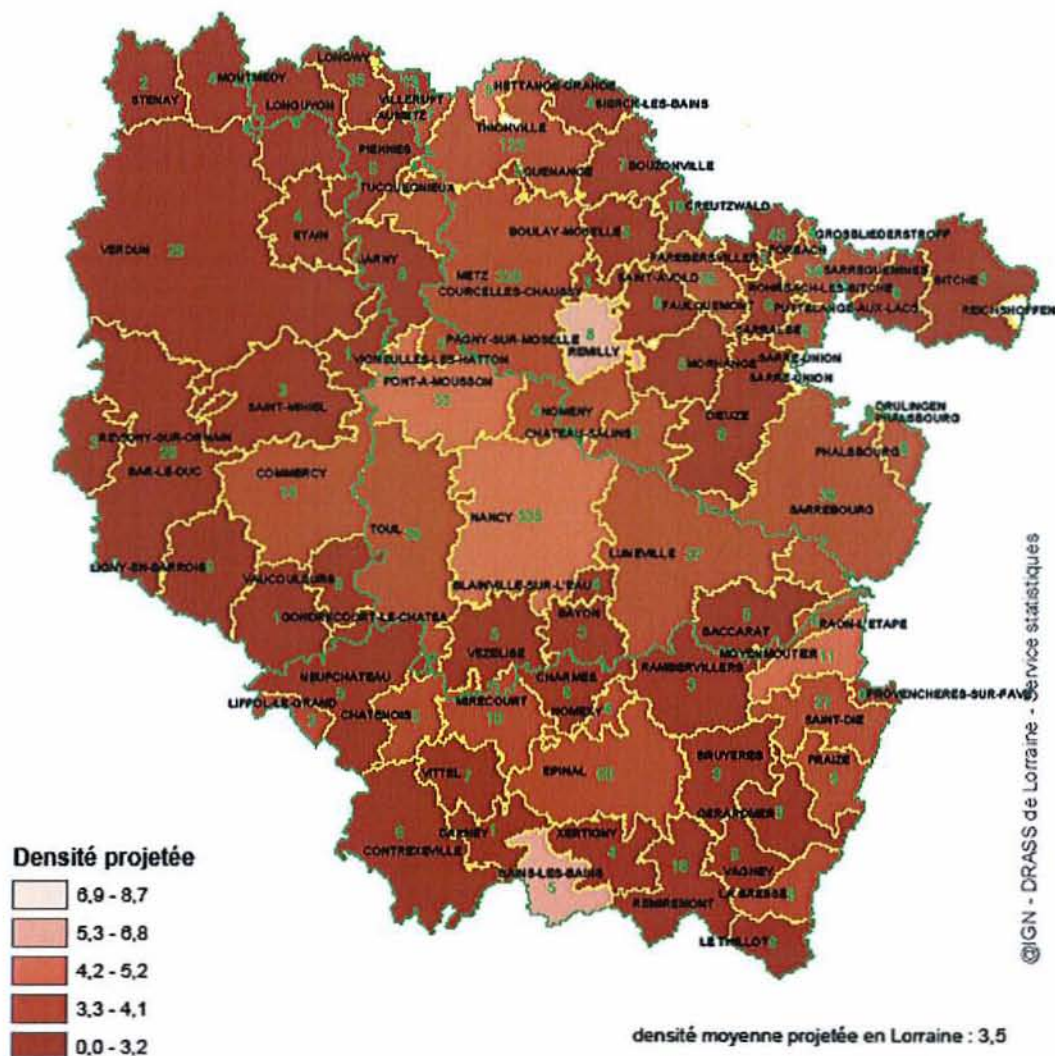
ANOULD-FRAIZE-PLAINFAING, BAN DE LAVELINE-PROVENCHERE SUR FAVE, CHATENOIS, DARNEY, DOCELLES-CHENIMENIL, FRESSE SUR MOSELLE, GIRANCOURT, XERTIGNY

Ces zones déficitaires, soit au total 74 communes (14 % des communes Vosgiennes), bénéficient actuellement d'attribution d'aides destinées à favoriser l'installation et/ou le maintien des professionnels de santé dans ces secteurs. Malgré ces mesures incitatives, elles restent très fragiles, car en cas de départ d'un médecin installé et de son non remplacement, le bassin de population concerné ne peut plus bénéficier de soins de premier recours.

Une étude de la DRASS vient appuyer ce constat alarmant. Comme on peut le voir sur la carte n°2 ci-après, on risque de voir apparaître de véritables « déserts » médicaux si dans les années à venir aucune installation n'est recensée (ex: Provenchères sur Fave).

**Nombre de médecins généralistes libéraux (1) pour 5000 habitants en 2015
dans l'ensemble de la population (hors maisons de retraite)
par bassins de vie**

si aucune nouvelle installation



(1) hors médecins à exercice particulier
et hors remplaçants, y compris médecins miniers
2 : nombre de médecins généralistes libéraux
restant en 2015 si aucune nouvelle installation

Source : ADELI et CO au 31/12/2006 - INSEE RP 1999

version du 20/02/2007

Carte n°2 : Nombre de médecins généralistes libéraux pour 5 000 habitants en 2015.

1.1.3 Conclusion sur le déclin démographique des généralistes.

Le département des Vosges malgré ses nombreuses qualités souffre d'un exode rural et d'un vieillissement de sa population. Les généralistes sont confrontés également aux mêmes problèmes de vieillissement et de renouvellement. La Médecine Générale, malgré les différentes mesures de revalorisation et d'incitation prises par le Ministère de la Santé, n'attire pas ou plutôt n'attire plus les jeunes médecins. L'offre de soins s'avère non seulement en déclin mais inégale alors que la demande est en constante augmentation. L'accès de la population aux soins de premier recours s'avère donc menacé à court et moyen terme.

Devant ces difficultés majeures on peut se poser la question de l'efficacité de la Permanence des Soins (PDS). Les généralistes vosgiens ont anticipé le problème et ont été parmi les premiers en France à mettre en place un système de régulation libéral des appels pour donner une réponse médicale en dehors des horaires d'ouverture des cabinets médicaux.

1.2 Etat des lieux de la Permanence des Soins : Rappels.

1.2.1 Définition.

La PDS consiste à apporter une réponse médicale à une Demande de Soins Non Programmés (DSNP) émanant de la population. Cette réponse est apportée par un professionnel de santé à un patient en l'absence de son médecin traitant habituel, c'est à dire aux heures de fermeture des cabinets médicaux.

La PDS en médecine ambulatoire fonctionne la nuit en semaine de 20h à 08h, les week-ends du samedi 12h au lundi 08h et jours fériés, de la veille du jour férié au lendemain du jour férié (1).

Il s'agit véritablement d'une mission de service public assurée par des médecins généralistes (25). La PDS doit être effective et efficace dans l'ensemble du département. L'égalité d'accès à la PDS est une obligation primordiale : l'utilisateur doit pouvoir recevoir des soins quelque soit son lieu d'habitation (grande agglomération ou localité rurale isolée).

1.2.2 Le rapport du sénateur Descours.

Au cours de l'hiver 2001, la colère gronde dans les rangs des généralistes. Ils revendiquent une revalorisation des actes mais aussi, et surtout, dénoncent une dégradation depuis plusieurs années de leurs conditions de travail. Soutenus par leurs syndicats, ils se mettent alors en grève dès l'hiver 2001 et refusent d'effectuer les gardes de nuit et de week-end **(26)**. Après plusieurs mois de conflit et de tractation, le Ministre de la Santé de l'époque, Mr Mattéi accepte la revalorisation du « C » qui passa alors à vingt euros. Les médecins généralistes sont satisfaits de ce signe fort de leur ministre de tutelle et cessent alors immédiatement les grèves des gardes. Néanmoins, malgré cette avancée, le malaise continue, en particulier au niveau de l'organisation de la PDS.

Afin de répondre aux préoccupations des médecins généralistes, le Ministre de la Santé confie en juillet 2002 au Sénateur Descours la mission de réorganiser la PDS ambulatoire. Il dresse l'état des lieux de la PDS actuelle et travaille alors de manière collégiale avec les représentants des Caisses d'Assurance Maladie, des syndicats de médecins et des usagers. Les conclusions du rapport Descours sont remises au ministre six mois plus tard et sont détaillées ci-après **(27)**.

1.2.3 Le nouveau cadre réglementaire.

- Décret n° 2003-880 du 15 septembre 2003 relatif aux modalités d'organisation de la permanence des soins et aux conditions de participation des médecins à cette permanence et modifiant le code de la santé publique **(1)**.
- Décret n°2005-328 du 7 avril 2005 relatif aux modalités d'organisation de la permanence des soins et aux conditions de participation des médecins à cette permanence et modifiant le code de la santé publique **(28)**.
- Arrêté du 12 décembre 2003 relatif au cahier des charges type fixant les conditions d'organisation de la permanence des soins en médecine ambulatoire **(29)**.

- Circulaire DHOS/01 587-2003 du 12 décembre 2003 relative aux modalités d'organisation de la permanence des soins en médecine ambulatoire (30).
- Avenant n°4 à la convention nationale des médecins conclu entre l'Union Nationale des Caisses d'Assurance Maladie et les représentants des médecins libéraux de juin 2005 (31).

1.2.4 Organisation de la Permanence des Soins.

1.2.4.1 La sectorisation.

La sectorisation détermine, sur l'ensemble du département, la limite géographique de chaque secteur de permanence des soins. Elle doit permettre un accès facile au médecin de permanence. Dans chaque secteur, un médecin d'astreinte peut intervenir selon les modalités décrites plus loin.

La participation des généralistes à la PDS est basée sur le volontariat ce qui n'était pas le cas auparavant. En effet, l'ancienne rédaction de l'article 77 du Code de Déontologie stipulait que la participation au service de garde était obligatoire : « *Dans le cadre de la permanence des soins, c'est un devoir pour tout médecin de participer aux services de garde de jour et de nuit.* » (32).

Dorénavant, le Code de Santé Publique mentionne dans l'article R. 733 « *Les médecins participent à la permanence des soins sur la base du volontariat.* »

Le CNOM a suivi cette modification du Code de la Santé Publique en réécrivant l'article 77 et en rappelant explicitement que la participation à la PDS se fait sur la base du volontariat : « *-Il est du devoir du médecin de participer à la permanence des soins dans le cadre des lois et des règlements qui l'organisent.* » (33)

L'organisation de la PDS s'effectuant au niveau départemental, le rapport Descours propose une rénovation de la structure de concertation associant l'ensemble des acteurs de santé du département (27). Ainsi, l'ancien Comité Départemental de l'Aide Médicale Urgente et de transports sanitaires (CODAMU) se transforme en Comité Départemental de l'Aide Médicale

Urgente et de transports sanitaires et de la Permanence des Soins (CODAMUPS) dont l'organisation et les principes généraux sont régis par l'article L.6325-1 du code de la santé publique. Le CODAMUPS établit le cahier des charges au niveau départemental en tenant compte de l'offre de soins locale et des besoins de soins de chaque secteur. La sectorisation tient compte alors du nombre de médecins en situation d'assurer les permanences et des besoins effectifs de la population. La PDS s'adapte ainsi aux spécificités locales de chaque département.

Le CODAMUPS est composé de représentants des médecins libéraux, de l'association gérant la régulation du département, des transporteurs sanitaires, de représentants de la DDASS et du SDIS, des représentants des collectivités territoriales, des conseillers départementaux de l'ordre des médecins, des médecins conseils des caisses d'assurance maladie, des caisses des régimes obligatoires d'assurance maladie, d'un médecin responsable du SAMU, du médecin responsable des SMUR, des directeurs des hôpitaux, de l'agence régionale de d'hospitalisation et des associations d'usagers (loi du 04 mars 2002). La présidence du CODAMUPS est assurée par le préfet du département.

La réorganisation des secteurs est permanente, dépendante des spécificités locales démographiques et géographiques. Elle s'effectue entre les différents acteurs de la PDS. Le CDOM doit s'assurer du bon remplissage des tableaux de garde de chaque secteur afin d'éviter la présence de « zones blanches », c'est-à-dire sans médecin de garde: un tableau nominatif des médecins de permanence est établi par secteur pour une durée minimale de trois mois, par le coordinateur du secteur en concertation avec l'ensemble des médecins concernés. Ces tableaux sont transmis au moins 45 jours avant leur mise en œuvre au CDOM (Article R.731 du Code de la Santé Publique). Ce dernier les valide et les complète le cas échéant. Ensuite, ils sont transmis au Préfet, à la DDASS, au CRRA, aux médecins concernés et à la Caisse d'Assurance Maladie et éventuellement aux organisations représentatives départementales des médecins libéraux.

Des exemptions de permanence, pour tenir compte de l'âge, de l'état de santé peuvent être accordées.

Néanmoins, il peut exister des difficultés à compléter le tableau de permanence. Le CDOM doit tenter de trouver une solution pour compléter le tableau de garde. S'il n'y parvient pas, il est tenu d'en informer le Préfet au moins trois semaines avant sa mise en œuvre. Le Préfet

pourra alors, après analyse de la situation, procéder aux réquisitions nécessaires. Le recours à la réquisition tiendra compte de la démographie médicale sur le département. Elle sera systématiquement effectuée lorsque le secteur comportera suffisamment de médecins non exemptés, volontaires ou non, afin que la charge de la PDS soit équitablement répartie sur tous les médecins.

1.2.4.2 La régulation des appels : pièce maîtresse de la PDS.

L'évolution majeure de la PDS est sans aucun doute la mise en place d'un système de régulation des appels. Ce système permet d'effectuer un tri selon la gravité de la situation et fait intervenir si nécessaire le médecin d'astreinte.

Rappelons qu'avant l'adoption du décret du 15 septembre 2003 **(1)**, la gestion des appels pendant les gardes était très hétérogène. La régulation des appels se faisant par le médecin de garde lui-même ou par son épouse.

Ce système inadapté engendrait inévitablement une surcharge de travail et une prise en charge aléatoire du patient. Le médecin de garde était régulièrement sollicité à n'importe quel moment de la nuit ou du week-end pour des motifs médicaux ou sociaux sans gravité pouvant attendre l'ouverture des cabinets le lendemain, ou au contraire, devait parfois gérer une urgence vitale.

La régulation médicale libérale des appels de la PDS sonne donc comme véritable révolution. Elle consiste à faire un tri des appels, à hiérarchiser la gravité des situations et à formuler une réponse médicale la plus adaptée : conseil téléphonique, consultation au cabinet, visite à domicile du médecin de garde, transport sanitaire ou le cas échéant déclenchement du SMUR.

Il faut la distinguer de la régulation des appels de l'AMU effectuée 24 heures sur 24 heures par un médecin hospitalier du SAMU et qui peut nécessiter une intervention médicale urgente sans retard (SMUR). Il existe bien entendu une interconnexion permanente entre la régulation de l'AMU et la régulation de la PDS **(34)** : lorsqu'un appel aboutit à la régulation de la PDS et se révèle être une urgence vitale (hémorragie massive, douleur thoracique,...), il est

immédiatement transféré au régulateur du Centre 15 qui mettra en œuvre tous les moyens nécessaires pour sa prise en charge optimale.

L'objectif premier de la régulation médicale est d'apporter à chacun une réponse adaptée à sa situation, quelque soit son lieu d'habitation et l'heure de son appel, garantissant ainsi l'égalité des soins pour tous. Cette évaluation de la gravité de la situation peut varier selon le régulateur. La visite à domicile n'est plus un « réflexe » systématique à tout appel. Un grand nombre de problèmes peut se résoudre par des conseils médicaux téléphoniques. Le médecin effecteur n'est sollicité que si le régulateur le juge nécessaire. Les déplacements inutiles ou dits « abusifs » sont donc évités.

En plus de cette optimisation de la prise en charge des patients, la régulation améliore aussi la « qualité de vie » du médecin de garde, le rendant plus disponible et donc plus performant pour assurer des soins justifiés. Rappelons que le médecin généraliste de garde ne bénéficie pas de repos de sécurité et doit le lendemain assurer sa journée de travail.

La régulation contribue également à éduquer la population en la responsabilisant permettant alors une réelle économie de santé.

1.3 Mise en place de la Régulation Libérale dans les Vosges.

1.3.1 Historique de la régulation libérale dans les Vosges.

Les CRRA du SAMU apparaissent en 1968 soit trois ans après la création officielle des équipes du SMUR. Les centres de régulation des appels permettent ainsi une meilleure coordination de l'activité des SMUR. Ce n'est qu'en 1978 qu'est créé un numéro unique gratuit et national dédié aux urgences médicales : c'est la naissance du « 15 ». La loi du 06 janvier 1986 reconnaît réglementairement l'existence des SAMU (35).

Dans les Vosges, la régulation par le Centre 15 débute en janvier 1985. La régulation est effectuée par des médecins thésés hospitaliers et plusieurs médecins libéraux diplômés d'oxylogie et de médecine d'urgence.

L'ASSUM88 est créée le 23/01/1985. Elle a pour but :

- ✓ D'organiser et de faire fonctionner le système Centre 15, réunion de la médecine libérale et publique autour de l'urgence ;
- ✓ De former les intervenants ;
- ✓ D'informer le public.

Après des débuts encourageants et un bon fonctionnement au niveau départemental, l'association se retrouve mise en sommeil.

Quelques années plus tard, les conclusions des travaux du sénateur Descours sur la réorganisation de la PDS placent la régulation libérale au cœur de la PDS (27). Réactifs et novateurs, les médecins libéraux du Centre 15 réorganisent l'ASSUM88 en mars 2003 et proposent alors à la population une régulation libérale. L'activité de régulation des appels débute progressivement le 08 novembre 2003 avec quelques secteurs régulés.

Initialement, l'activité de régulation de l'ASSUM88 se limite aux week-end et jours fériés, les médecins libéraux ne pouvant réguler la nuit entière en semaine en raison de leurs consultations le lendemain. Après un accord avec le Centre 15 en décembre 2005, la régulation libérale peut étendre son activité aux nuits de semaine. La première partie de nuit (20h00-00h00) est régulée par un médecin libéral, le médecin régulateur du Centre 15 prenant le relais de 00h00 jusqu'à 08h00.

La mission de l'ASSUM88 est claire et précise : « *Faciliter l'exercice de médecins libéraux lors de leurs gardes et améliorer l'accès aux soins par l'offre d'un service départemental de régulation médicalisée libéral des demandes de soins non programmés, en coordination avec le SAMU.* » (36). L'association est régie par les textes de la loi du 1^{er} juillet 1901.

L'ASSUM88 regroupe des généralistes volontaires souhaitant s'investir dans la régulation médicale, soucieux du bon fonctionnement de la PDS dans leur département. Elle est gérée par des généralistes pour les généralistes. Ils ont un statut de médecins libéraux participant à une mission de service public.

Pour réguler au sein de l'ASSUM88, le médecin doit exercer au quotidien la médecine générale.

En effet, le régulateur est confronté à des situations médicales qui sont pour une grande majorité le reflet de la pratique quotidienne de la médecine générale (problèmes infectieux ORL, digestifs...), d'où la nécessité d'une bonne expérience de la médecine générale. Le Dr GRAVE du CRRAL62 explique « *qu'il faut exercer pour un meilleur ressenti de la demande* » (37). L'installation n'est pas un préalable pour réguler : quelques remplaçants « réguliers » et deux généralistes récemment partis à la retraite font partie des effectifs.

Le régulateur doit également participer au tour de garde de son secteur. Cette caractéristique indispensable leur confère une vision réelle des difficultés rencontrées par leurs confrères. Cette double « casquette » conditionne la manière de réguler du médecin et participe à une meilleure acceptation des décisions de régulation par les effecteurs sur le terrain. Une bonne qualité relationnelle entre effecteur et régulateur est essentielle pour assurer une prise en charge optimale du patient.

L'ASSUM88 est constituée d'une quarantaine de médecins régulateurs. Son bureau comporte six membres. Elle est présidée par le Dr GALLIOT médecin généraliste installé et régulateur au Centre 15 depuis 1985

1.3.2 La sectorisation dans les Vosges.

En 2008, le département des Vosges comptait 32 secteurs (**carte annexe 2**). On constate une réduction du nombre de secteurs conformément à l'application du décret du 07 avril 2005 puisqu'en 2003 le département était composé de 44 secteurs et 52 secteurs en 1985 (28). Cette réduction s'effectue selon les possibilités démographiques locales (29).

Certains secteurs sont en grande difficulté car ils peuvent rapidement se transformer en un véritable « désert médical ». C'est le cas des secteurs de Bulgnéville, Lamarche, Ban de Laveline, Provenchère, Granges-sur-Vologne, Corcieux, Rupt sur Moselle et Monthureux-sur-Saône où le pool de médecins effectuant le tour de garde est inférieur à cinq (9). Le danger provient du risque de départ de ces médecins et de leur non remplacement qui pourrait alors

signer la fin de la PDS dans ces zones rurales. Néanmoins, la couverture du tableau de garde dans ces secteurs n'a posé aucun problème jusqu'à présent.

A contrario, d'autres secteurs composent avec pléthore de médecins comme le secteur d'Epinal (46 médecins). Celui de Vittel est composé de quatorze médecins malgré un bassin de population peu dense (9). Cette « sur-médicalisation » provient probablement de la présence des Thermes et des répercussions touristiques.

Cette répartition inégale des généralistes est responsable d'une charge de travail en garde très variable selon les secteurs, fragilisant l'équilibre de la PDS.

1.3.3 Financement.

Le Plan de Financement de la Sécurité Sociale de 2007 a modifié le mode de financement de la PDS. Désormais le financement de la PDS dépend du Fond d'Intervention pour la Qualité des Soins de Ville (FIQCS). Le FIQCS a été créé le 01 juillet 2007 et est régi par l'article 94 de la Loi de Financement de la Sécurité Sociale de 2007. Il correspond à la fusion de la Dotation Régionale Des Réseaux (DRDR) et du Fonds d'Aide à la Qualité des Soins de Ville (FAQSV) et est placé sous la responsabilité de la Mission Régionale de Santé, du Conseil Régional et du Bureau de Qualité et de la Coordination des Soins (38).

L'ASSUM88 est donc financée par le FIQCS qui contribue également au financement des Maisons Médicales de Garde (MMG).

La rémunération des régulateurs quant à elle, est déterminée selon l'avenant n°4 à la convention nationale des médecins libéraux (31). Leur rémunération est ainsi fixée à 3C de l'heure. Le statut de profession libérale est conservé car il s'agit d'honoraires versés par l'Assurance Maladie.

1.3.4 Un site commun aux régulateurs libéraux et hospitaliers.

Les régulateurs de l'ASSUM88 sont installés au CRRA du SAMU des Vosges. Ce dernier a quitté le CHG d'Epinal depuis avril 2008 pour partager les locaux du Centre 18 (CODIS) et de la Cellule Opérationnelle de Coordination Routière situés à Golbey. Les responsables de l'ASSUM88, dont certains furent les initiateurs du Centre 15 vingt quatre ans auparavant, ont souhaité d'emblée rapprocher les 2 régulations (libérale et publique) en les installant côte à côte dans la même salle de régulation, en partageant le même outil informatique (logiciel Applisamu d'Appligos) et le même personnel permanencier. Chaque régulation dispose de ses propres postes de travail, ses médecins régulateurs attitrés et des lignes téléphoniques indépendantes (15 et MEDIGARDE).

Mais pourquoi avoir voulu associer les médecins généralistes libéraux avec le SAMU ? Cela encourage le rapprochement et la coopération du monde libéral et de l'hôpital public souvent mis en opposition et favorise aussi les relations entre les régulateurs généralistes et les régulateurs hospitaliers, qui sont souvent excellentes dans les départements ruraux.

Le partage des locaux apporte surtout une complémentarité de travail exemplaire entre régulateurs libéraux et hospitaliers. En effet, cela leur permet de travailler côte à côte : le généraliste a une plus grande expérience dans la gestion des soins de premiers recours que l'hospitalier car c'est son activité quotidienne, mais laisse le soin à son confrère de reprendre et de gérer les situations d'urgence plus délicates.

Un médecin régulateur de Chartres témoigne de cette complémentarité « *Le fait de réguler avec des urgentistes hospitaliers m'apporte beaucoup sur le plan des relations humaines. Pour la plupart des appels, qui relèvent de la médecine générale, les libéraux sont très bien armés pour répondre. Mais pour les problèmes plus graves, comme par exemple des douleurs thoraciques, là ce sont les urgentistes qui interviennent* » (39).

Travailler dans la même pièce permet un échange de compétences et d'avis sans liens de subordination entre les deux protagonistes. L'interconnexion exigée par le législateur n'est pas seulement téléphonique mais elle est ici physique, évitant d'éventuelles pertes d'information par des intermédiaires. Cette proximité a un impact positif indiscutable sur la qualité de la prise en charge de l'appelant.

La mise en commun du logiciel informatique et du personnel (PARM) amène aussi à une réduction significative des coûts de fonctionnement.

1.3.5 Les acteurs de la régulation.

1.3.5.1 Les Permanenciers Auxiliaires de Régulation Médicale (PARM).

Au CRRA, tous les appels sont initialement traités par le PARM. Son rôle est d'abord d'enregistrer les coordonnées administratives de l'appelant (nom, âge, adresse et numéro de téléphone) afin de pouvoir le localiser correctement et de le rappeler si nécessaire.

Puis, le PARM analyse le motif de l'appel. En fonction de la symptomatologie décrite par la personne il évalue de façon « secouriste » le degré d'urgence de la situation.

En cas d'urgence grave (syndrome coronarien aigu, détresse respiratoire,...), il transfère directement l'appel au médecin régulateur du SAMU. Dans les autres cas, c'est le régulateur libéral qui apportera la meilleure réponse médicale à la situation. Toutefois, le PARM est autorisé à déclencher immédiatement des secours sur sa propre initiative si aucun médecin régulateur n'est pas disponible et dans des cas bien précis selon des protocoles validés (précordialgies typiques, mort subite,...). Le PARM s'occupe aussi du suivi de l'affaire traitée et assure sa clôture dès que les moyens adéquats ont été mis en œuvre par le régulateur.

Le PARM est interchangeable : il travaille tout aussi bien pour le SAMU que pour l'ASSUM88. Cette spécificité est un avantage indéniable pour la régulation libérale et pour le patient. L'expérience acquise au SAMU lui permet d'acquérir certains réflexes et de reconnaître rapidement les situations délicates qui nécessitent une Aide Médicale Urgente.

Par ailleurs, sa connaissance des procédures, de l'outil informatique, des différents acteurs de terrain, de la géographie du département, ont permis une formation rapide et efficace des régulateurs libéraux. Les PARM ont largement contribué au bon démarrage de la régulation libérale dans les Vosges.

En 2007, quinze PARM travaillent au CRRA d'Epinal à temps plein et s'organisent de la façon suivante :

- En semaine : ✓ La journée : deux PARM assurent l'écoute du 15.
- ✓ En soirée : un PARM est posté au SAMU et un PARM à la régulation libérale jusqu'à minuit. Celui-ci rejoint ensuite son collègue à la régulation du SAMU.
- Les week-ends et jours fériés: deux PARM sont postés 24h/24h au SAMU et un PARM à la régulation libérale du samedi 12h00 au lundi 08h00.

Le financement des PARM de l'ASSUM88 est obtenu grâce à l'ARH. Ils bénéficient d'une formation interne délivrée par le SAMU.

1.3.5.2 Les régulateurs Libéraux.

Personnages clés de la régulation médicale libérale, les régulateurs de l'ASSUM88 sont tous des généralistes volontaires ayant une bonne connaissance du terrain puisqu'ils effectuent eux aussi des gardes dans leur secteur. Ils régulent la semaine de 20h00 à 00h00 et le week-end du samedi 12h00 au lundi 08h00. Les jours fériés, ils sont présents depuis la veille du jour férié 20h00 jusqu'au lendemain 08h00 du jour férié. Un seul régulateur est présent en semaine et le week-end. Le dimanche matin et certains samedis après-midi en période épidémique (grippe, gastro-entérite aigue,...), un second régulateur vient lui prêter main forte.

C'est au médecin régulateur qu'incombe de prendre la décision la plus adaptée au problème médical de l'appelant. Il régule chaque appel qui aboutit au centre de régulation. Les réponses formulées par le régulateur peuvent être très variées : il peut s'agir d'un simple renseignement, d'un conseil médical (exemple prendre du paracétamol en cas de fièvre), de l'envoi du patient en consultation au cabinet du médecin de garde ou de l'envoi de celui-ci en visite à domicile, l'envoi d'un moyen de transport vers l'hôpital (ambulance privée, VSAV,...) ou si la situation d'urgence le nécessite, du transfert de l'appel au régulateur du SAMU mieux formé à la gestion des urgences vitales.

Il faut souligner que le rôle du régulateur n'est pas d'établir par téléphone un diagnostic étiologique mais un diagnostic de gravité. En effet, les moyens engagés seront différents selon le stade de gravité.

En cas de visite à domicile, le régulateur contacte lui-même le médecin effecteur, lui transmet les éléments recueillis au cours de l'interrogatoire qui ont motivé sa décision. Une bonne communication et une bonne entente entre régulateur et effecteur garantissent une meilleure prise en charge du patient. Seule l'ASSUM88 connaît les numéros téléphoniques personnels des médecins de garde qui ne sont jamais transmis aux patients.

Dans ce cas, le patient bénéficie donc d'une prise en charge médicale par deux médecins différents: la première par téléphone avec le régulateur et la seconde, avec un examen physique sur place par le médecin de garde.

Parmi les 37 médecins régulateurs inscrits à l'ASSUM88, 25 effectuent régulièrement des vacations au CRRA, trois régulent également au Centre 15 et deux ne sont pas encore installés mais remplacent régulièrement. En pratique, pour rester performant, chaque régulateur doit effectuer environ deux gardes de régulation par mois.

On compte 9 femmes et 28 hommes. L'âge moyen est de 45 ans. Ils ont tous bénéficié d'une formation théorique de deux jours comprenant le rappel des niveaux de gravité, le fonctionnement du CRRA et la mise à jour des connaissances sur la gestion des urgences médicales.

La pratique de la régulation médicale par téléphone expose le médecin à des risques médico-légaux particuliers (mauvaise évaluation de la gravité, refus de consultation médicale,..) pouvant engager la responsabilité du médecin régulateur.

Le régulateur libéral bénéficie du même statut qu'un régulateur hospitalier puisqu'il exerce dans le cadre d'une mission de service public comme le précise le Dr André Deseur, responsable de la PDS au CNOM : *« En cas de problème, le praticien sera protégé par sa mission de service public et pris en charge par l'hôpital »* (40).

Rappelons également que le régulateur est le seul médecin à être autorisé à délivrer si nécessaire, une ordonnance par téléphone sans avoir examiné le patient. En effet, il s'agit d'une situation d'urgence conformément à l'article 34 de la loi du 13 août 2004 portant réforme de l'Assurance Maladie (41).

1.3.5.3 Régulateurs Hospitaliers du SAMU.

Onze médecins régulent 24h/24H au Centre 15 des Vosges. Ils prennent le relais des régulateurs libéraux après minuit les soirs de la semaine. Ils sont amenés à gérer tous les appels arrivant au CRRA d'Epinal. Ces derniers peuvent relever tout aussi bien de l'AMU (accident de la voie publique, arrêt cardio-respiratoire,...), de la médecine générale (ex : conduite à tenir devant des vomissements en l'absence du médecin traitant), des appels transmis par le Centre de Traitement de l'Alerte des sapeurs-pompiers (CTA) ou encore des téléalarmes.

On estime que près de 80% des appels relèvent de la médecine générale. On comprend mieux la nécessité d'une coopération hôpital/libéral.

Ces médecins sont salariés de l'hôpital et ont reçu une formation spécifique pour la régulation au SAMU.

1.3.5.4 Les médecins effecteurs.

Parmi les 345 généralistes du département inscrits au fichier ADELI (6), 44 sont dispensés de garde pour raison de santé ou limite d'âge conformément aux dispositions de l'article 77 du Code de Déontologie (32). On peut donc en théorie compter sur 301 médecins pour assurer la PDS dans le département compte tenu du caractère non obligatoire de la participation à la PDS. En réalité, tous les médecins généralistes vosgiens sont volontaires pour assurer la PDS.

Il faut donc saluer l'engagement et l'implication remarquable des généralistes vosgiens qui ont su, malgré tous les obstacles qu'ils rencontrent (ruralité, zones déficitaires, vieillissement de la population, effondrement des effectifs,...) respecter le code de déontologie médicale et garder leur sens des responsabilités.

Rappelons quand même que chaque médecin reste libre d'intervenir sans être régulé (42).

1.3.6 Concrètement, comment faire pour avoir le médecin de garde ?

➤ Avant avril 2007 :

Les patients avaient plusieurs possibilités pour pouvoir être mis en relation avec le régulateur aux heures de la PDS :

- ✓ Soit ils appelaient leur médecin traitant : ce dernier laissait alors les coordonnées du médecin de garde du secteur sur son répondeur. Le médecin de garde choisissait ensuite de réguler lui-même ses appels ou bien de les faire réguler par l'ASSUM88 en transférant son téléphone sur une ligne connue seulement des médecins. La régulation réceptionnait alors tous les appels des patients ;
- ✓ Soit ils appelaient le médecin de garde de leur secteur dont les coordonnées étaient inscrites dans le journal local. Ce dernier transférait, ou non, alors sa ligne vers l'ASSUM88 ;
- ✓ Soit ils composaient directement le 15 puis étaient redirigés vers la plate-forme de régulation libérale.

Cependant, les patients pensant parler au médecin de garde, se perdaient dans la multiplication des interlocuteurs mais surtout ne comprenaient pas pourquoi ils ne pouvaient pas avoir accès au médecin de garde. Le dispositif de régulation était méconnu du grand public mais surtout mal compris. De plus, bon nombre de patients ne sachant qui appeler, composaient directement le 15 pour pouvoir être mis en relation avec le médecin de garde alors que le motif de leur appel ne relevait pas de l'AMU. Ces mauvaises habitudes engorgeaient le SAMU et perturbaient considérablement son fonctionnement.

➤ Après avril 2007 :

En avril 2007, l'ASSUM88 adopte le numéro d'appel de MEDIGARDE Lorraine après que l'ensemble des généralistes vosgiens ait approuvé le principe de régulation. Il s'agit d'un numéro à dix chiffres et unique pour toute la Lorraine qui permet de joindre le régulateur du département où l'appel est émis.

Le concept MEDIGARDE Lorraine existe depuis décembre 2003. Son objectif est de bien différencier la réponse du médecin généraliste de la réponse du médecin du SAMU (43). Ce numéro est donc bien distinct du 15.

Ainsi les quatre associations de régulation libérale de la région (ASSUM88, ASSUM55, MEDIGARDE54 et 57) ont désormais un numéro d'appel en commun (0820 33 20 20) mais leur centre de réception des appels reste localisé dans leur département respectif.

En début d'année 2007, l'URML Lorraine et l'URCAM lancent une campagne d'information au public destinée à promouvoir et expliquer le dispositif de régulation médicale et finalement à éduquer la population sur le bon usage des différents numéros d'urgence (43).

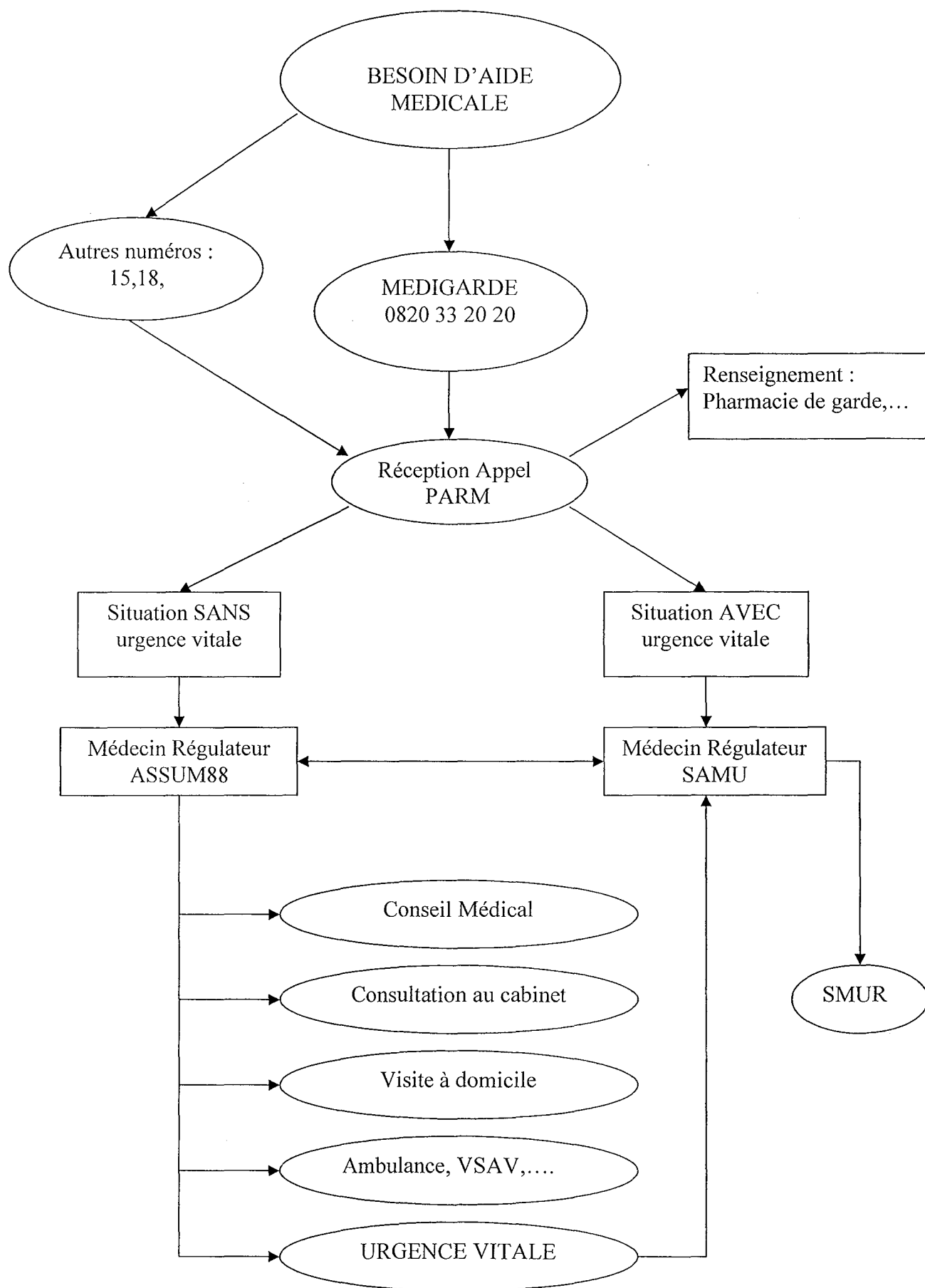
Des dépliants et des cartes-mémo déposés dans les salles d'attente, des affiches disposées à l'entrée des cabinets permettent de sensibiliser les patients. Des supports audios comme les spots diffusés sur les radios locales sont utilisés pour délivrer au plus grand nombre la conduite à tenir en cas de problème médical en dehors des heures d'ouverture du cabinet de leur médecin généraliste.

La presse écrite participe également à relayer l'information : le nom du médecin de garde pour tel ou tel secteur n'y figure plus. Seul est publié le numéro d'appel de MEDIGARDE Lorraine. Dorénavant, le numéro pour joindre le médecin de garde est commun à tous les secteurs du département. La population a désormais à sa disposition un moyen unique, efficace et sécurisant pour bénéficier rapidement d'une aide médicale.

➤ En pratique:

Le patient ayant besoin d'une aide médicale est invité à composer le 0820 33 20 20. L'appel aboutit directement au centre de régulation libérale de son département. Pour le département des Vosges, il est géré par l'ASSUM88. Le patient sait alors qu'il est en relation non pas avec le médecin de garde de son secteur, mais avec un médecin régulateur généraliste et sait aussi que son appel n'aboutira pas forcément à une consultation médicale si la situation ne le nécessite pas.

L'illustration page suivante résume le schéma organisationnel de la régulation libérale :



1.3.7 Conclusion sur la régulation libérale des Vosges.

➤ Les objectifs de la régulation libérale sont multiples :

- ✓ Assurer une réponse médicale de qualité et adaptée à chaque appel.
- ✓ Améliorer la qualité de vie du médecin généraliste de garde.
- ✓ Participer à l'éducation et à la responsabilisation de la population.
- ✓ Economie de santé.

➤ Collaboration secteur public et libéral :

- ✓ Partage des locaux, des PARM et des logiciels avec le Centre 15 des Vosges.
- ✓ Régulateurs, lignes téléphoniques et gestion indépendantes.

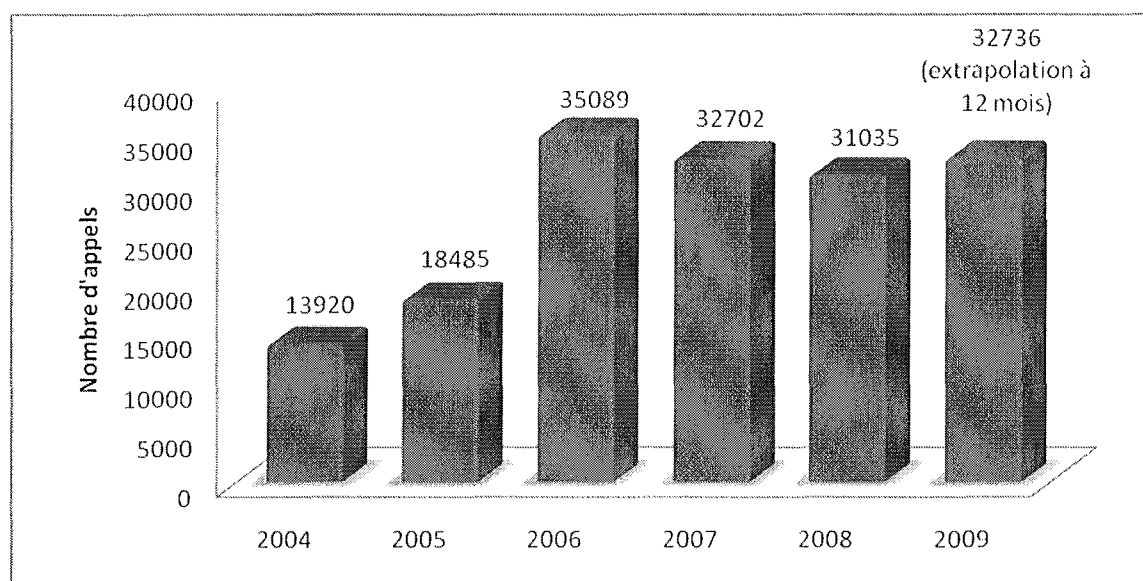
➤ Tous les régulateurs libéraux sont des généralistes installés effectuant également des gardes « sur le terrain ».

➤ Tous les appels sont traités par le médecin régulateur.

1.4 Bilan de l'activité de la régulation de 2004 à 2007.

Le nombre d'appels de l'année 2003 n'a pas été pris en compte puisque l'activité de régulation n'a débuté que le 08 novembre 2003.

1.4.1 Nombre total d'affaires traitées.



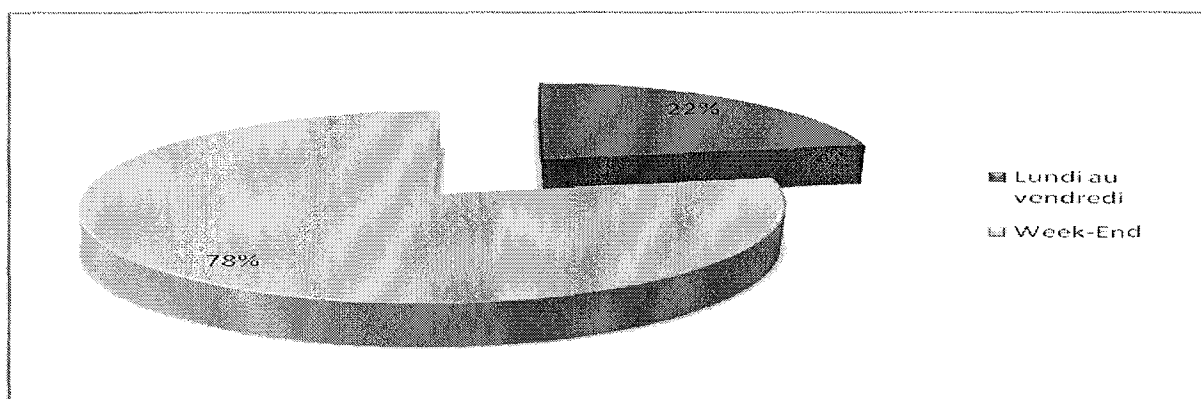
Graphique n°6 : nombre total d'affaires traitées par la régulation libérale.

Le graphique n°6 met en évidence une augmentation très nette du nombre total d'affaires traitées depuis la mise en place de la régulation libérale. Le volume d'appels traités passe de 13 920 en 2004 à 31 035 en 2008 avec un pic à 35 089 appels en 2006.

Depuis 2006, le nombre d'appels est en sensible baisse. Ce ralentissement de l'activité est également constaté au Centre 15 qui enregistre une baisse d'environ 10 000 affaires en 2008.

La régulation libérale occupe donc une place importante dans le nombre total des appels gérés par la plate-forme de régulation médicale des appels (30 000 appels pour l'ASSUM88 et 104 000 appels pour le Centre 15 en 2008).

1.4.2 Répartition des appels dans la semaine.

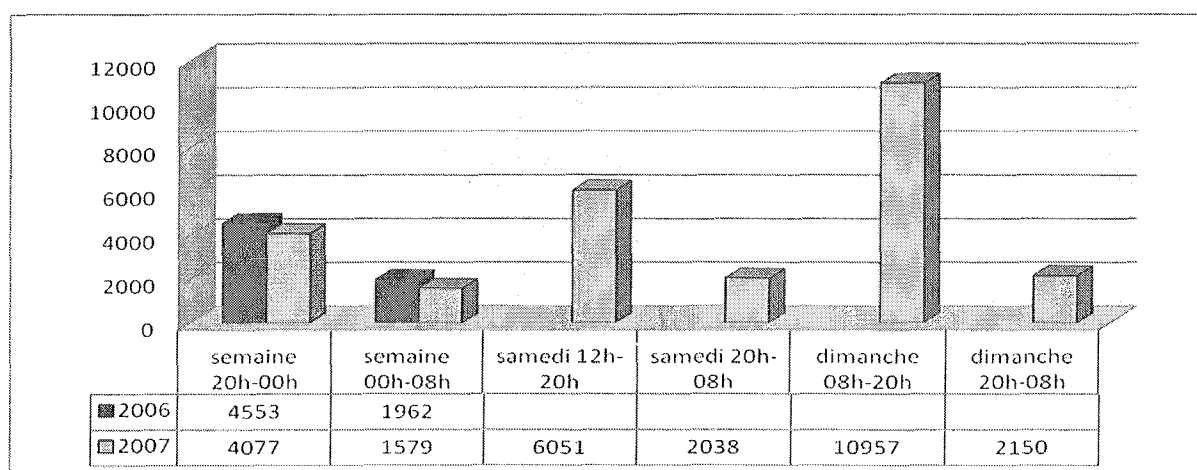


Graphique n°7 : Répartition hebdomadaire des appels en 2007.

L'activité de la régulation libérale se concentre principalement les week-ends et les jours fériés comme le montre le graphique n°7, avec près de huit appels sur dix traités pendant ces périodes.

En semaine les patients ont la possibilité de consulter leur médecin traitant le lendemain et ne souhaitent peut-être pas déranger le médecin de garde.

Par contre, au cours du week-end cette possibilité n'est plus envisageable ce qui peut expliquer la recrudescence d'appels les week-ends et jours fériés.



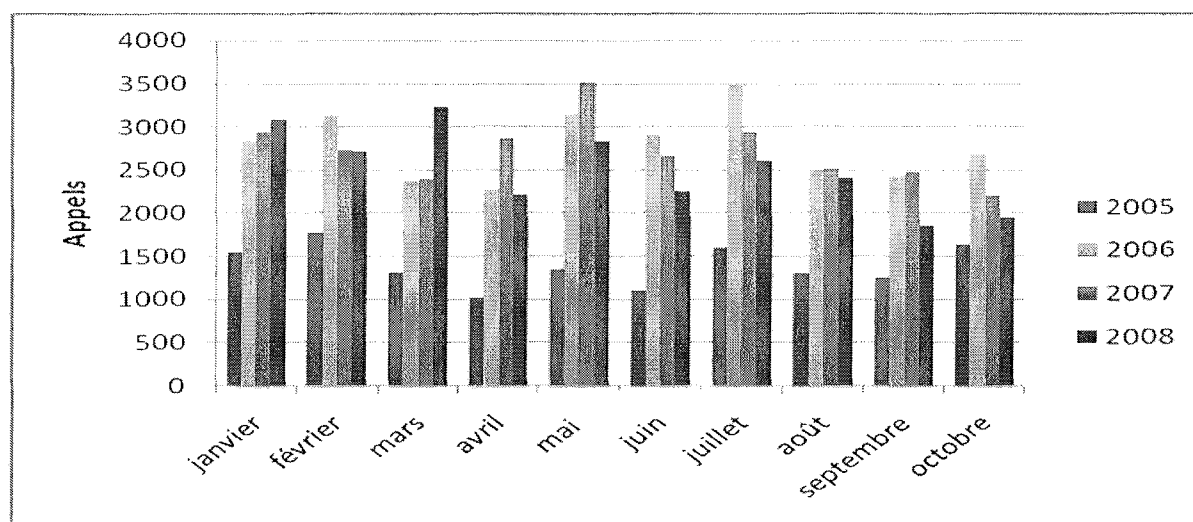
Graphique n°8 : Répartition par tranche horaire des appels dans la semaine.

Le graphique n°8 confirme l'activité forte des week-ends en particulier le samedi de 12h00 à 20h00 (6 051 appels en 2007) mais surtout le dimanche de 08h00 à 20h00 (10 957 appels en 2007). Certaines données sur l'activité de 2006 ne sont pas connues.

Le nombre total d'appels le week-end et jours fériés en 2007 s'élève à 21 996 soit une moyenne d'environ 460 appels par week-end. La recrudescence d'activité le dimanche justifie la présence d'un second régulateur libéral le dimanche matin. L'activité reste intense les nuits de week-end avec 4 188 appels en 2007 soit en moyenne 44 appels par nuit.

Quant à l'activité en semaine (du lundi au vendredi), elle reste modérée avec 5656 appels en 2007 et une moyenne de 27 appels par nuit. En moyenne, 7 à 8 appels sont reçus en nuit profonde (00h00 à 08h00). Certaines nuits ont enregistré des pics d'activité à plus de 80 appels.

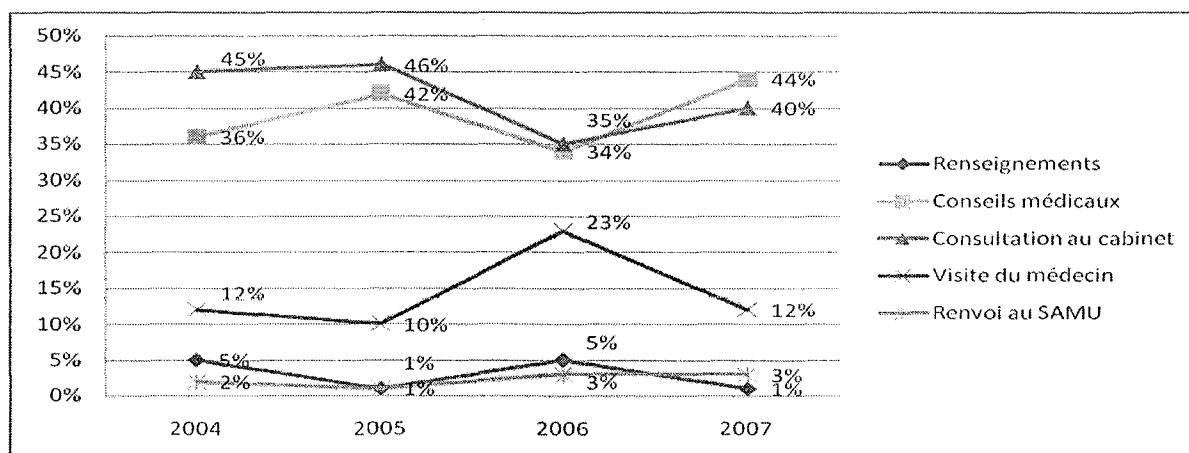
1.4.3 Activité mensuelle de la régulation.



Graphique n°9 : Activité mensuelle de la régulation libérale.

L'analyse du graphique n°9 expose une certaine régularité de l'activité de la régulation libérale au cours de l'année. Depuis 2005, la moyenne mensuelle du nombre d'appels est de 2745 appels par mois. Le maximum d'appels enregistré plafonne à 3516 appels en mai 2007 soit une activité moyenne de 113 appels traités par jour.

1.4.4 Répartition des décisions prises par le régulateur libéral.



Graphique n°10: Evolution des réponses données par le régulateur de 2004 à 2007.

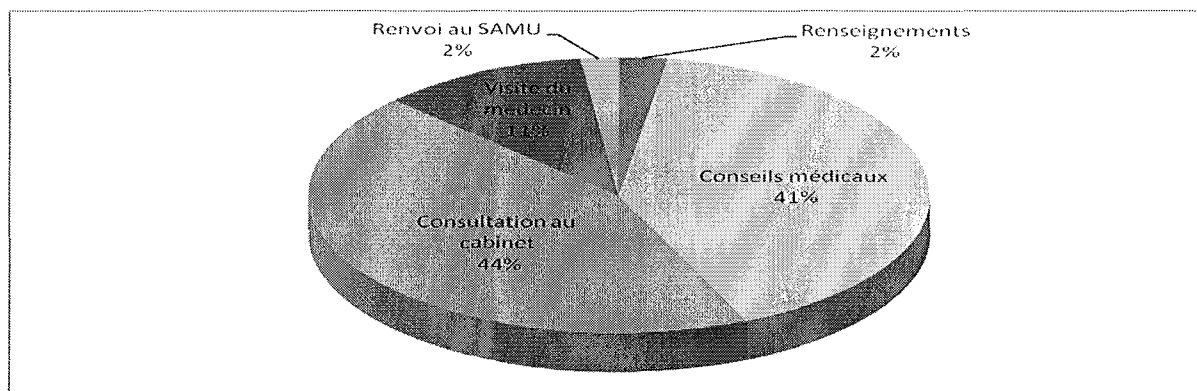
Selon la situation qu'il rencontre, le régulateur est amené à prendre différents types de décisions : renseignements, conseils médicaux, consultations au cabinet, visite du médecin au domicile ou transfert de l'appel au régulateur du SAMU.

Le graphique n°10 nous donne une vision des différentes réponses données par le régulateur et de leur évolution entre 2004 et 2007.

Les résultats de l'année 2006 semblent erronés puisque que l'on enregistre un taux de visite à domicile très élevé (23 %) alors qu'il se situe en moyenne les autres années entre 10 et 12 %. Il s'agirait d'un problème de saisie informatique. Par conséquent, nous ne tiendrons pas compte des chiffres de cette année là.

Globalement, la répartition des réponses reste stable depuis les débuts de la régulation. Nous avons fait la moyenne des pourcentages de chaque réponse pour les années 2004, 2005 et 2007 et nous avons trouvé les résultats suivants : Les deux principales réponses données par le régulateur sont des conseils médicaux (environ 41% des réponses) et les consultations au cabinet du médecin de garde (environ 44% des réponses). Suivent ensuite les visites au domicile du patient (environ 11% des réponses), les demandes de renseignements (environ 2,5% des réponses) et les renvois d'appels au SAMU (environ 2% des réponses).

Le graphique n°11 ci-dessous illustre la répartition moyenne des réponses depuis 2004



Graphique n°11 : Répartition moyenne des réponses données par le régulateur depuis 2004.

Plus de quatre appels sur dix sont gérés uniquement par téléphone donc sans intervention d'un médecin effecteur. Lorsque qu'un médecin effecteur est sollicité, il s'agit quatre fois sur cinq d'une consultation au cabinet. Seulement un appel sur dix débouche à une visite à domicile. Le régulateur essaie dans la mesure du possible de faire déplacer les personnes au cabinet du médecin afin que celui-ci puisse examiner les patients dans les meilleures conditions possibles.

La tendance qui se dégage de l'analyse des graphiques n°10 et 11 est une rationalisation des soins et une meilleure organisation de ceux-ci. Beaucoup d'appels sont gérables par téléphone. Le médecin de garde, quant à lui, est envoyé au domicile du patient uniquement si ce dernier n'est pas en mesure de se déplacer au cabinet (personne âgée, lumbago,...). Cela améliore la qualité de vie du médecin au cours de sa garde avec pour conséquence une prise en charge des patients et une qualité de soins meilleures.

1.4.5 Prise en charge des actes par la CPAM.

1.4.5.1 Actes régulés.

Le graphique n°12 qui suit comptabilise les actes régulés effectués par les effecteurs et donc remboursés par la CPAM. Les actes sont classés selon leur cotation. Seuls les chiffres de 2006 et 2007 nous ont été communiqués par la CPAM d'Epinal.

Il faut signaler qu'il s'agit uniquement des actes enregistrés par la CPAM, les remboursements réalisés par les caisses des autres régimes (Régime Agricole, Régime des Travailleurs Non Salariés, Régimes Spéciaux,...) n'étant pas comptabilisés. Néanmoins, la CPAM étant la caisse d'assurance la plus utilisée, elle reste très représentative de l'ensemble des actes remboursés.

Par ailleurs, les actes réalisés au cours des réquisitions demandées par les autorités judiciaires ne sont pas également pris en compte.

Légende :

CRN : Consultation de Nuit Régulée de 20h à 00H et 06h à 08h.

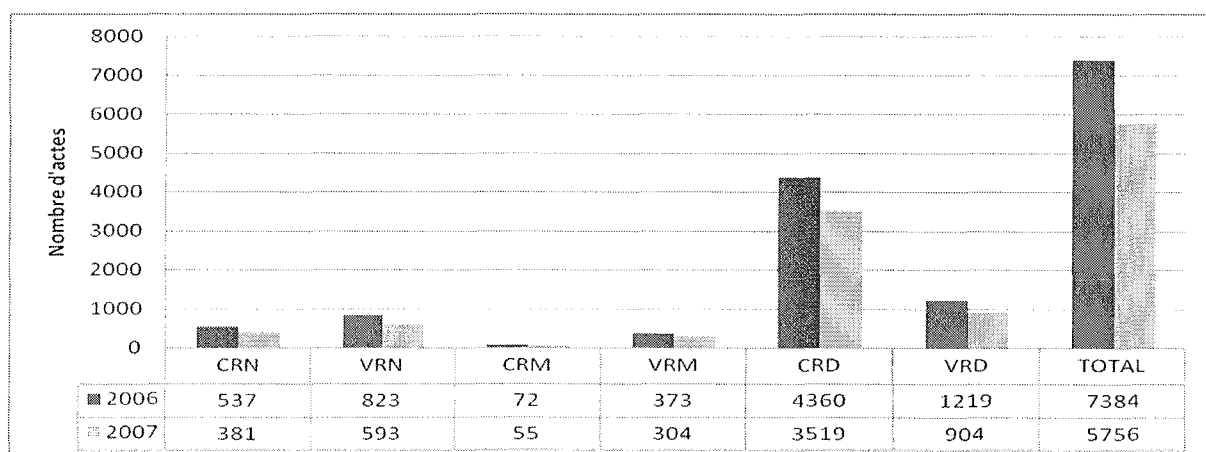
VRN : Visite de Nuit Régulée de 20h à 00H et de 06h à 08h.

CRM : Consultation de Milieu de Nuit Régulée de 00h à 06h.

VRM : Visite de Milieu de Nuit Régulée de 00h à 06h.

CRD : Consultation les dimanches et jours fériés de 08h à 20h.

VRD : Visites le samedi de 12h à 20h et les dimanches et jours fériés de 08h à 20h.

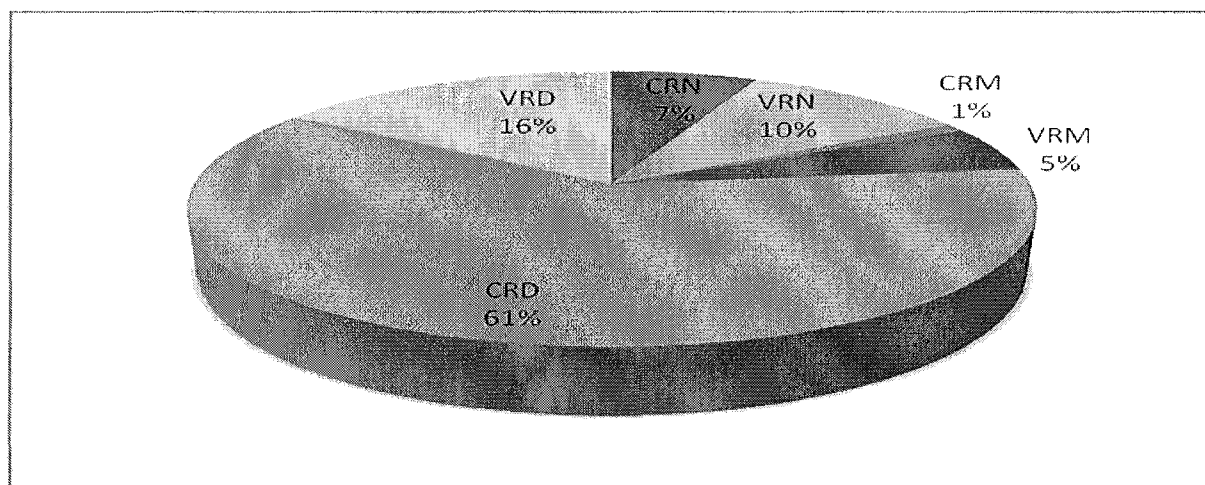


Graphique n°12 : Nombre d'actes remboursés par la CPAM avec régulation préalable.

La graphique n°12 montre une réduction significative du nombre global d'actes remboursés par la CPAM entre 2007 et 2006 avec 7 384 actes enregistrés en 2006 contre 5 756 en 2007 soit une baisse de 22,8 % en un an. Le nombre de visites à domiciles, quelque soit l'horaire (VRN, VRM ou VRD) est passé de 2 415 en 2006 à 1 801 en 2007 soit une baisse de 25 % en une année.

Au cours de l'année 2007, en moyenne, 3,7 actes ont été effectués chaque nuit de 20h à 08h soit un acte pour 103 000 habitants.

Par ailleurs, soulignons que seulement 359 actes ont été effectués la même année entre 00h et 06h soit **un acte par nuit « profonde » sur l'ensemble des secteurs de gardes du département** qui couvrent une population de 383 000 habitants. On peut alors se poser la question de la pérennité du système de garde libérale en nuit profonde car le nombre de médecins mobilisés (32) semble disproportionné par rapport à leur activité réelle.



Graphique n°13 : Répartition des actes selon leur cotation en 2007.

Le graphique n°13 illustre parfaitement la faible importance des actes réalisés au cours de la nuit profonde. Seulement 6 % des actes en 2007 ont été effectués entre 00h et 06h (CRM + VRM).

A l'inverse, plus des trois quarts des actes sont effectués les « journées » des week-ends et jours fériés (CRD + VRD). Par ailleurs, plus des deux tiers des actes sont réalisés au cabinet du généraliste ce qui démontre bien l'effort consenti par les patients pour se déplacer auprès du médecin de garde.

1.4.5.2 Actes non régulés.

En principe, pendant les heures de la PDS, seuls les médecins inscrits sur le tableau de garde sont susceptibles d'effectuer des actes. Néanmoins, chaque médecin généraliste reste libre de ses modalités d'exercice et d'astreinte. Ainsi, comme l'illustre le graphique n°14, la CPAM a relevé un nombre relativement important d'actes non régulés effectués par des généralistes au cours de la PDS.

Légende :

MN : majoration de nuit pour visite à domicile non justifiée de 20h00 à 00h00 et de 6h00 à 8h00.

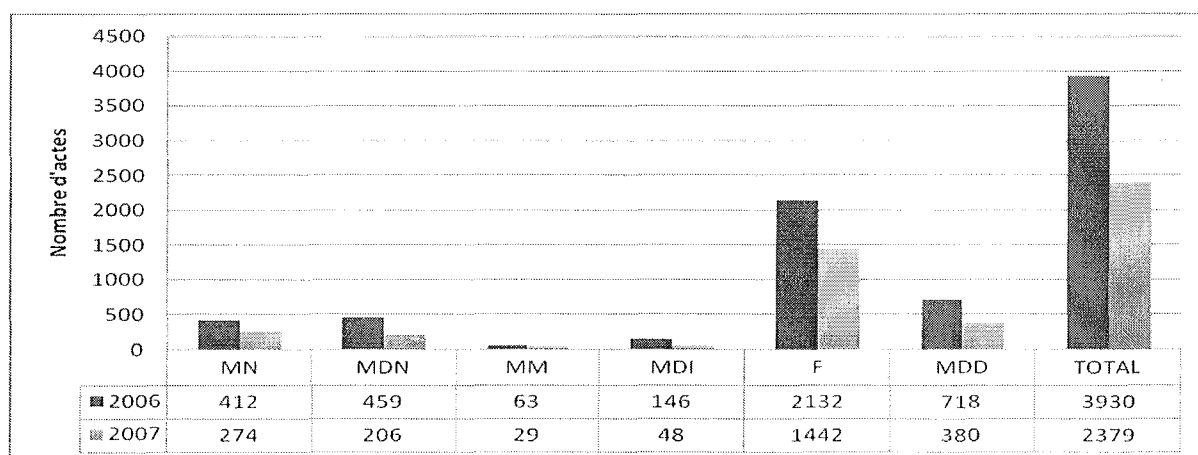
MDN : majoration de déplacement pour visite à domicile de nuit justifiée de 20h00 à 00h00 et de 6h00 à 8h00.

MM : majoration de nuit pour visite à domicile non justifiée de 00h00 à 6h00.

MDI : majoration de déplacement pour visite à domicile de nuit justifiée de 00h00 à 6h00.

MDD : majoration de déplacement pour visite à domicile justifiée de dimanche et jour férié.

F : majoration de dimanche et jour férié pour visite à domicile non justifiée



Graphique n°14 : nombre d'actes remboursés par la CPAM non régulés.

En 2006, 3 930 actes non régulés ont été enregistrés par la CPAM soit près de 35 % du nombre total d'actes enregistrés au cours de la PDS. On peut alors se poser la question suivante : mais pourquoi autant d'actes « non régulés » sont réalisés au cours de la PDS alors que la couverture du département est complète chaque soir de semaine et chaque week-end et jours fériés ?

Plusieurs explications peuvent retenir notre attention :

- Le problème de la cotation des actes du samedi après-midi : L'arrêté du 26 mai 2005 approuvant l'avenant n°4 à la convention nationale des médecins libéraux fixe la majoration spécifique des actes régulés à partir du samedi 20h00 **(31)**. Par conséquent, la PDS débutant le samedi 12h00, les médecins sont dans l'obligation de coter leurs actes sans majoration de régulation.

Suite à l'arrêté du 21 décembre 2007, l'avenant n°4 est complété par l'avenant n°27 qui fixe la majoration spécifique de la PDS dès le samedi 12 heures **(44)**. Mais l'application de ces mesures est conditionnée à la prise d'un arrêté préfectoral redéfinissant la nouvelle sectorisation de la PDS. Actuellement dans les Vosges, l'arrêté préfectoral n'a toujours pas été pris.

- La méconnaissance du codage spécifique des actes bénéficiant d'une régulation préalable : Certains médecins effecteurs, malgré les informations de l'ASSUM88, ne semblent pas avoir pris connaissance des nouvelles majorations spécifiques de la PDS et continuent à coter leur majoration selon la tarification habituelle en vigueur.
- Une activité « hors-régulation » : Aucun texte n'interdit aux médecins d'effectuer des actes au cours de la PDS sans passer par la régulation. Certains généralistes tiennent à rester disponibles pour leurs patients les soirs et les week-ends et peuvent donc être sollicités par ces derniers sans forcément passer par la plate-forme de la régulation libérale. Ils peuvent alors effectuer des visites ou des consultations à leur cabinet mais ne bénéficieront pas de majoration spécifique de la PDS. Ils devront coder leurs actes selon les tarifs conventionnels habituels des généralistes.

Le nombre d'actes remboursés sans régulation a chuté en 2007 de 40 % passant 3 930 à 2 379 actes. La meilleure connaissance par les généralistes du système de régulation libérale et son efficacité peut expliquer cette baisse significative.

1.4.6 Analyse de l'activité des gardes de nuit selon les secteurs en 2007.

Le **tableau en annexe 3** reprend les différentes caractéristiques de chaque secteur : nombre de médecins participant au pool de garde, nombre de communes, nombre d'habitants, nombre de garde moyenne par mois, et la densité médicale dans chacun des secteurs de garde. Il montre aussi l'activité nocturne des médecins au cours de l'année 2007. Il est possible de connaître pour chaque secteur le nombre d'acte effectués (consultations ou visites) et à quel moment de la nuit.

L'étude de ce tableau nous apporte plusieurs informations :

-1) Un nombre de communes par secteur très variable.

Le secteur de La Bresse par exemple regroupe une seule commune alors que Vicherey en compte quarante sept. La géographie du département décrite plus haut explique le découpage particulier des secteurs. Ceux localisés en zone montagneuse ne peuvent naturellement pas couvrir la même superficie que les secteurs de plaine où les conditions de circulation sont meilleures et l'environnement moins hostile. Ce découpage est conforme à l'article R370 du Code de la Santé Publique : *« le département est divisé en secteurs dont le nombre et les limites sont fixés en fonction de données géographiques et démographiques ainsi que de l'offre de soins existante »*.

-2) Des inégalités d'effectifs dans des secteurs pourtant « géographiquement » proches.

Par exemple le secteur de Rambervillers couvre 40 communes soit 15 400 personnes et 9 généralistes inscrits dans le pool de garde. A titre de comparaison, le secteur de Neufchâteau comprend 38 communes pour 17 500 habitants mais peut compter sur 17 médecins soit le double du secteur de Rambervillers.

-3) Une très grande disparité dans la fréquence des gardes.

Sur le secteur d'Epinal, un médecin effectue en moyenne une garde tous les mois alors que sur Granges-sur-Vologne il est de garde un jour sur deux. La fréquence des gardes dépend du nombre de médecins exerçant sur le secteur de garde. Les médecins exerçant dans des

secteurs « éloignés » sont plus mobilisés que leurs confrères urbains. On est en droit de penser qu'ils sont alors confrontés à une surcharge de travail considérable pendant leurs gardes de nuit mais l'analyse des actes de nuit fournie par la CPAM ne va pas forcément dans ce sens.

-4) Globalement, une très faible activité nocturne.

On peut être frappé par la faible activité globale des médecins effecteurs au cours de leurs gardes de nuit. En moyenne, pour l'année 2007, on comptabilise dans chaque secteur moins de quatre actes de nuit par mois soit moins d'un acte par semaine sachant que la moyenne de l'année 2006 était de 4,9 actes par mois. Rappelons que seulement un acte est effectué chaque nuit dans tout le département. Par contre l'activité de régulation reste soutenue puisqu'en moyenne 27 appels sont reçus chaque nuit au centre de régulation libérale.

Ensuite, comme on peut le voir dans le tableau 1 ci-après, il existe des écarts d'activité très importants selon les secteurs.

Tableau 1 : récapitulatif des secteurs avec l'activité la plus faible et la plus élevée en 2007

	Les 3 secteurs avec l'activité la plus faible en 2007	Les 3 secteurs avec l'activité la plus élevée en 2007
CRN	❶ Corcieux : 0 acte/an ❷ Lamarche : 0 acte/an ❸ Vittel : 0 acte/an	❶ Rambervillers : 43 actes/an ❷ Charmes : 26 actes/an ❸ Bruyères : 24 actes/an
VRN	❶ Ban de Laveline : 1 acte/an ❷ Lamarche : 2 actes/an ❸ Vittel : 2 actes/an	❶ Epinal : 77 actes/an ❷ Saint-Dié : 58 actes/an ❸ Charmes : 37 actes/an
CRM	Onze secteurs n'ont pas réalisés d'actes en 2007	❶ Rambervillers : 11 actes/an ❷ Charmes : 5 actes/an ❸ Epinal : 3 actes/an
VRM	❶ Ban de Laveline : 0 acte/an ❷ Vittel : 0 acte/an ❸ Lamarche : 0 acte/an	❶ Epinal : 38 actes/an ❷ Saint Dié : 25 actes/an ❸ Charmes : 15 actes/an
TOTAL	❶ Vittel : 2 actes/an ❷ Lamarche : 2 actes/an ❸ Ban de Laveline : 3 actes/an	❶ Epinal : 132 actes/an ❷ Saint-Dié : 112 actes/an ❸ Rambervillers : 92 actes/an
Actes/mois	❶ Vittel : 0,17 soit 1 acte tous les 176 jours ❷ Lamarche : 0,17 soit 1 acte tous les 176 jours ❸ Ban de Laveline : 0,3 soit 1 acte tous les 100 jours	❶ Epinal : 11 soit 1 acte tous les 2,7 jours ❷ Saint-Dié : 9,3 soit 1 acte tous les 3,2 jours ❸ Rambervillers : 7,6 soit 1 acte tous les 4 jours

Légende :

CRN (Consultation au cabinet) et **VRN** (Visite) de 20h00 à 00h00 et de 06h00 à 08h00.

CRM (Consultation au cabinet) et **VRM** (Visite) de 00h00 à 06h00.

Les médecins des secteurs de Ban de Laveline, de Lamarche et de Vittel réalisent moins de quatre actes régulés de nuit par an. Ils n'ont jamais été sollicités entre 00h00 et 06h00 en 2007. Précisons à nouveau qu'il s'agit des actes remboursés par la CPAM avec la majoration

spécifique de la régulation. Par conséquent, les actes remboursés hors CPAM ou n'ayant pas bénéficiés de majoration spécifiques ne sont pas comptabilisés.

Comme nous l'avons vu plus haut, les secteurs de Lamarche et de Ban-de-Laveline sont peu pourvus en généralistes avec respectivement quatre et trois médecins généralistes. Malgré un nombre de garde mensuel très élevé, ils ne sont pas sollicités au cours des nuits. Concernant le secteur de Vittel, il est surprenant de voir que malgré un bassin de population qui englobe plus de 14 000 personnes, les médecins n'ont pas effectué plus de deux actes nocturnes régulés en une année...

Les deux secteurs les plus peuplés, Epinal et Saint-Dié sont aux deux premières places du nombre total d'actes nocturnes, ce qui n'est pas surprenant. Par contre, alors qu'il n'est qu'en 6^{ème} place en terme de population, le secteur de Rambervillers arrive en 3^{ème} position en nombre total d'actes et premier en nombre de consultations au cabinet en première et seconde partie de nuit.

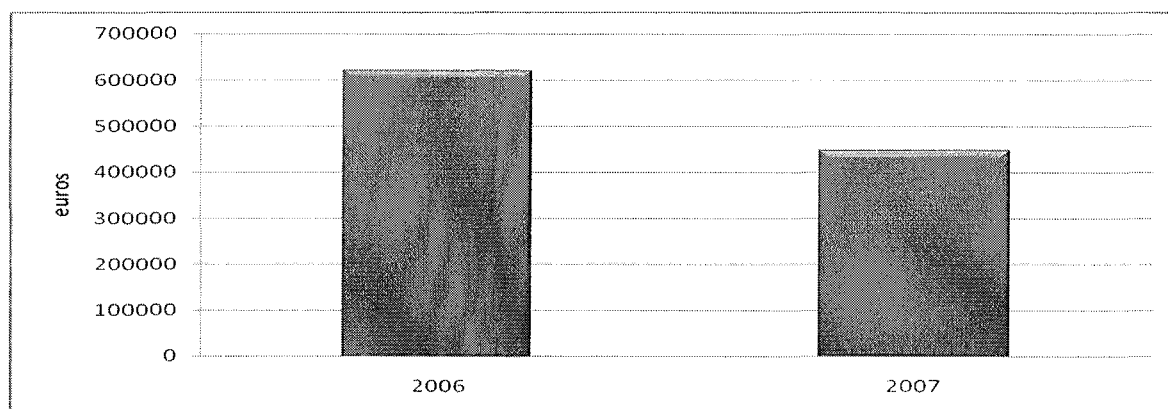
La question de la pérennité du dispositif de régulation libérale la nuit peut donc être remise en question. Le coût financier engendré par l'astreinte du médecin effecteur par rapport à son activité réelle est trop important. Les hypothèses d'une fusion de certains secteurs la nuit ou en nuit profonde ou l'abandon total de la garde en nuit profonde sont tout à fait recevables. Néanmoins, avant toute éventuelle idée de réorganisation, il faut prendre en compte l'environnement géographique et les difficultés locales rencontrées par les médecins de garde sur le terrain et l'éloignement du SMUR pour de nombreuses communes distantes de plus de trente minutes.

1.4.7 Coûts de la régulation.

Nous l'avons vu précédemment, on assiste à une diminution d'environ 3 200 d'actes, régulés ou non, réalisés au cours de la PDS entre 2006 et 2007.

Inévitablement, cette chute du nombre d'actes entraîne une baisse des dépenses liées au remboursement des assurés (graphique n°15). Sur les dix premiers mois, le montant des dépenses de la CPAM des Vosges est donc passé de 621 126€ en 2006 à 446 815€ en 2007 soit une baisse de 28 % des dépenses. Ainsi, la CPAM a pu économiser près de 175 000€.

Toutefois, rappelons que le système de régulation libérale n'a pas pour but de faire réaliser des économies à la CPAM. Son rôle est d'optimiser la qualité des soins des patients, la qualité de vie des généralistes et de permettre un accès aux soins pour tous.



Graphique n°15 : Montant des remboursements de la CPAM.

Il faut relativiser ces « économies » car le coût des astreintes des généralistes vosgiens est parmi les plus élevés de la région. Selon le tableau n°2 ci-dessous, le coût des astreintes dans les Vosges s'élève à un peu plus de 2,2 millions d'euros soit près de 6 euros par habitant. Cela s'explique par une couverture totale du département par 32 médecins de garde sans aucune zone blanche.

Source : MRS 30/05/2005

Département	Population	Date de modification de la sectorisation	Coût sans resectorisation	Coût par habitant	Coût après resectorisation	Coût par habitant
Moselle	1 032 064	30/06/2006	3 202 500	3,1	3 138 450	3,04
Meurthe&M	721 942	09/08/2005	2 754 150	3,81	1 793 400	2,48
Meuse	192 252	12/05/2005	1 409 100	7,32	1 216 950	6,32
Vosges	382 121	02/06/2005	2 049 600	5,36	2 259 300	5,91

Tableau n°2 : Tableau comparatif des coûts de l'astreinte des départements de Lorraine.

1.4.8 Conclusion sur le bilan d'activité de la régulation vosgienne.

Après cinq années d'existence, la régulation libérale de Vosges est devenue incontournable. C'est le pilier de la permanence des soins. On a observé une montée en puissance de son activité en trois ans avec plus de 31 000 appels en 2008. Quatre appels sur dix se concluent par une gestion téléphonique du problème médical et seulement un sur dix déclenche une visite du médecin.

Toutefois, même si le nombre d'actes réalisés au cours de la PDS est en nette baisse, le fonctionnement actuel de la régulation reste très onéreux d'autant plus que seulement un acte est effectué en moyenne chaque nuit entre 00h et 06h dans tout le département.

L'ASSUM88 a su collaborer pleinement avec l'équipe du Centre 15 pour répondre au mieux à la demande de soins non programmés du département. Son bilan concilie efficacité d'action et réduction des dépenses de santé. Qu'en pensent les médecins généralistes du département ? En sont-ils satisfaits ? La régulation a-t-elle permis d'améliorer leur qualité de vie ? Sont-ils tous convaincus de son efficacité ? Qu'en pensent leurs patients ?

2 Enquête de satisfaction auprès des généralistes vosgiens.

2.1 Objectifs.

Le but de cette enquête est de connaître le degré de satisfaction des médecins généralistes vosgiens par rapport à la régulation de la PDS. Il s'agit alors d'identifier les points positifs mais aussi négatifs de ce dispositif, de tenter d'y apporter des pistes de réflexion pour en améliorer le fonctionnement.

2.2 Matériel et méthode.

Cette enquête porte sur l'ensemble des 345 médecins généralistes inscrits au fichier ADELI et installés dans le département des Vosges (6). Ils ont reçu par voie postale un courrier comportant un questionnaire (**Annexe 4**) et une enveloppe pré-timbree pour le retour. Les médecins remplaçants non installés sont exclus de l'étude.

L'analyse statistique a consisté à évaluer la connaissance de la régulation par les médecins, leur expérience de MEDIGARDE et leur satisfaction.

Nous avons cherché la relation éventuelle entre certaines variables qualitatives grâce au test du Khi2 et quantitatives grâce au test de l'écart réduit. Les analyses ont été réalisées au seuil $\alpha = 5\%$.

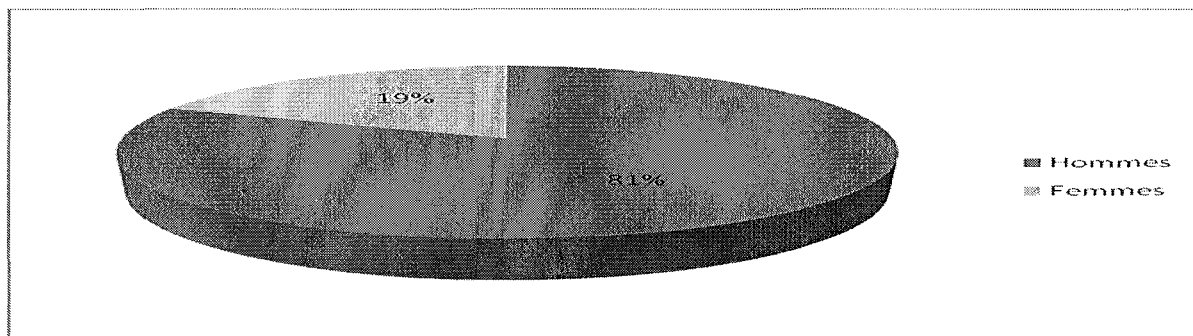
2.3 Résultats.

Nous avons reçu 261 questionnaires sur les 345 envoyés ce qui donne un taux de réponse de 75,7%. Mais parmi eux, onze n'ont pas été pris en compte en raison d'un changement d'activité du praticien, d'un arrêt des gardes ou d'une réponse trop tardive.

Au total, 250 questionnaires ont pu être analysés soit un **taux de réponse exploité de 72,5 %**.

2.3.1 Description des médecins.

2.3.1.1 Répartition selon le sexe.



Graphique n°16 : répartition des médecins selon le sexe.

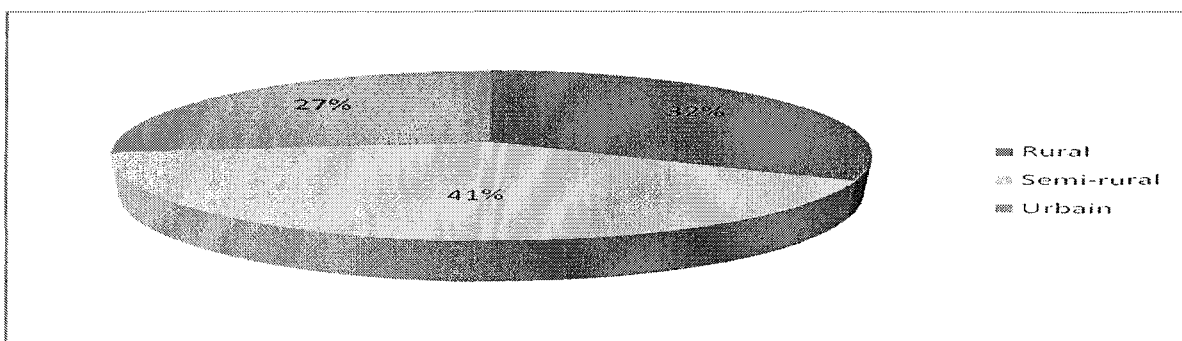
81 % des médecins ayant répondu au questionnaire sont des hommes (203 réponses) et 19 % sont de femmes (47 réponses).

2.3.1.2 Répartition selon l'âge.

L'âge moyen des médecins ayant répondu à ce questionnaire est de 50,7 ans.

Le plus jeune est âgé de 30 ans et le plus âgé de 68 ans.

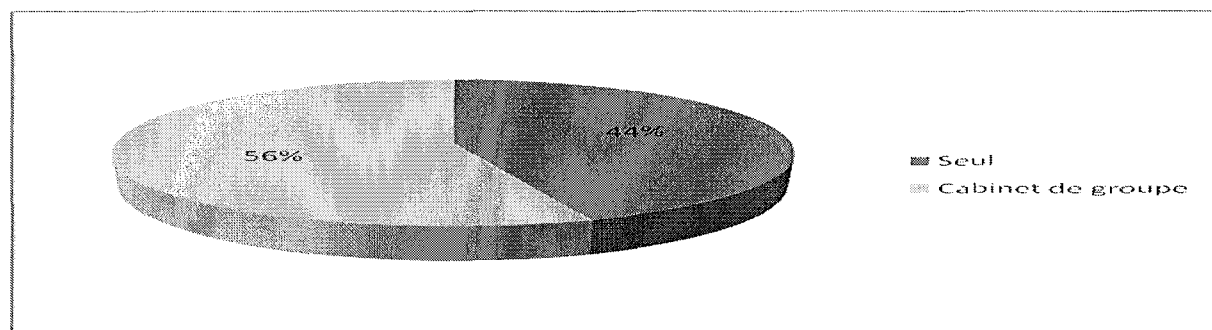
2.3.1.3 Répartition selon le milieu d'exercice.



Graphique n°17 : Répartition selon le milieu d'exercice.

La répartition des réponses selon le milieu d'exercice est assez homogène avec 32 % en milieu rural, 41 % en milieu semi-rural et enfin 27 % en milieu urbain.

2.3.1.4 Répartition selon le mode d'exercice.



Graphique n°18 : Répartition selon le mode d'exercice

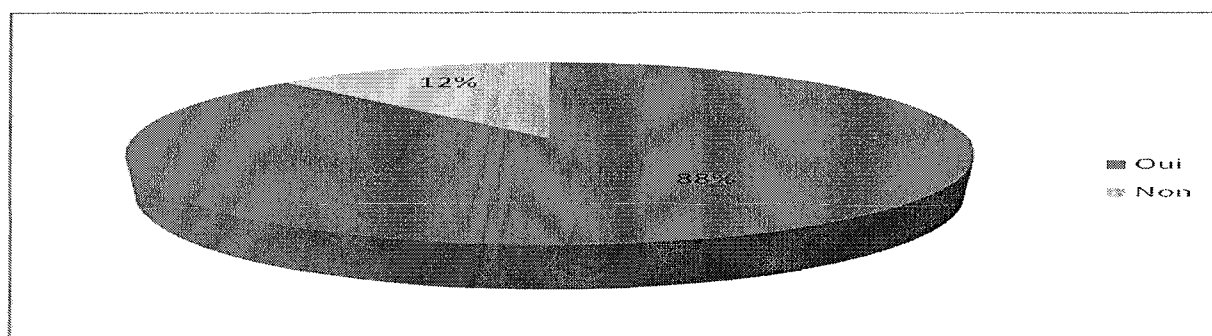
La majorité des réponses concerne des praticiens exerçant leur activité en cabinet de groupe pour 56 % contre 44% exerçant seuls.

2.3.2 Avis et connaissance de la régulation.

2.3.2.1 Connaissance du numéro de MEDIGARDE 0820.33.20.20

La quasi-totalité des médecins interrogés (99 %) connaissent le numéro de téléphone MEDIGARDE.

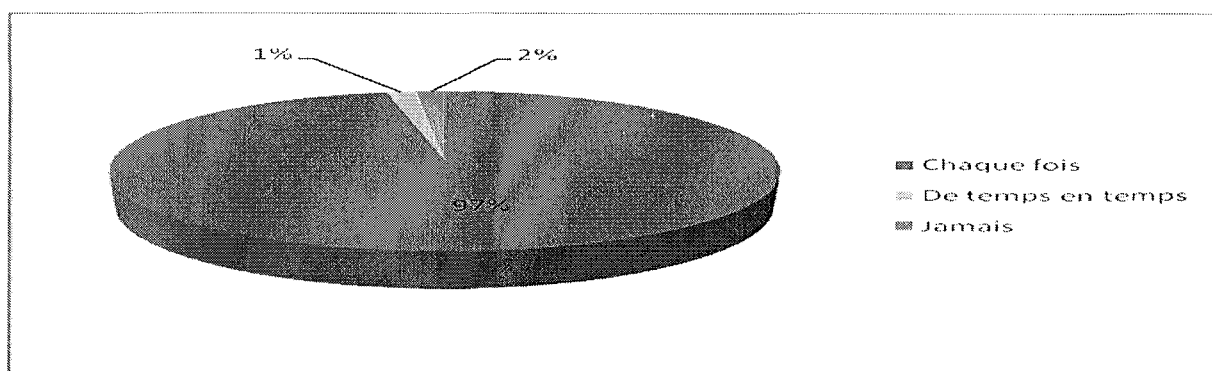
2.3.2.2 Mise à disposition des supports visuels MEDIGARDE.



Graphique n°19 : Mise à disposition de supports visuels Médigarde.

Près de neuf médecins sur dix disent afficher dans leur salle d'attente ou sur leur bureau des supports visuels type « carte-mémo » ou posters permettant aux patients de connaître le numéro de téléphone pour joindre le médecin régulateur.

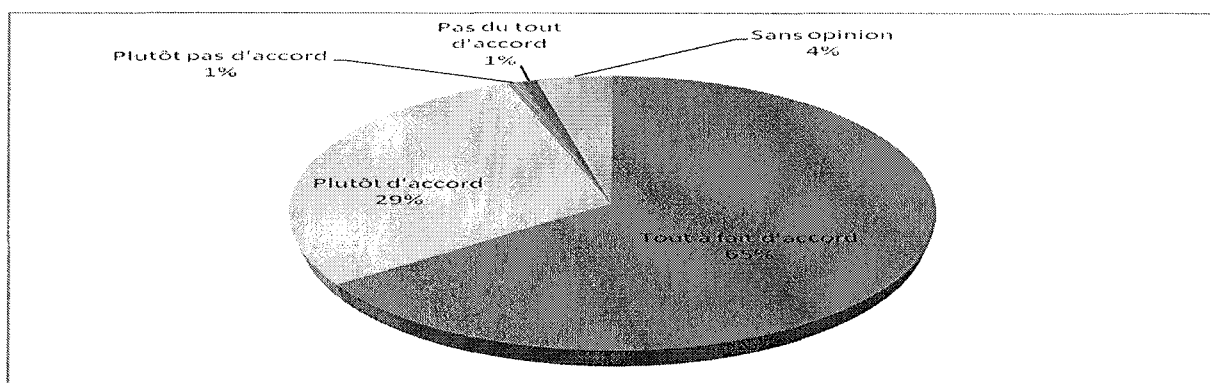
2.3.2.3 Fréquence de recours à la régulation.



Graphique n°20 : Fréquence de recours à la régulation

Le recours à la régulation libérale est systématique pour une très grande majorité des médecins (97 %).

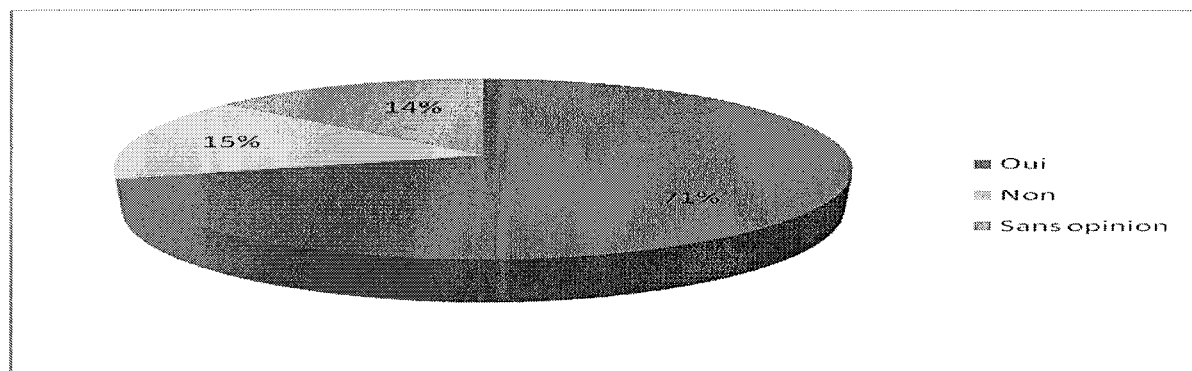
2.3.2.4 Nécessité d'un médecin généraliste régulateur.



Graphique n°21 : Nécessité d'un régulateur généraliste.

Pour 94 % des généralistes vosgiens, il semble important que le médecin régulateur soit un confrère généraliste.

2.3.2.5 Incitation à l'installation des jeunes généralistes en milieu rural.

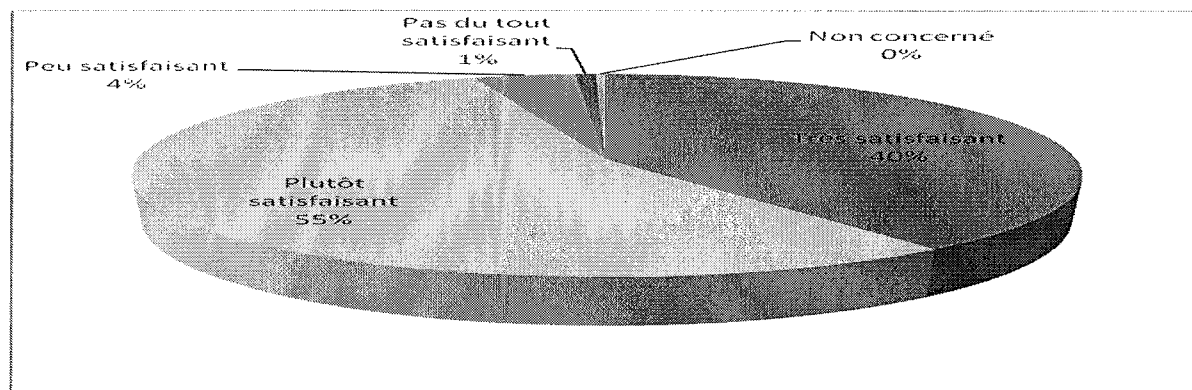


Graphique n°22 : Incitation à l'installation en milieu rural grâce à la régulation.

71 % des médecins vosgiens pensent que le système actuel de régulation libérale des appels au cours de la PDS peut faciliter ou inciter l'installation de jeunes médecins en milieu rural. 14 % n'ont pas d'opinion précise sur ce sujet.

2.3.3 Satisfaction de la régulation.

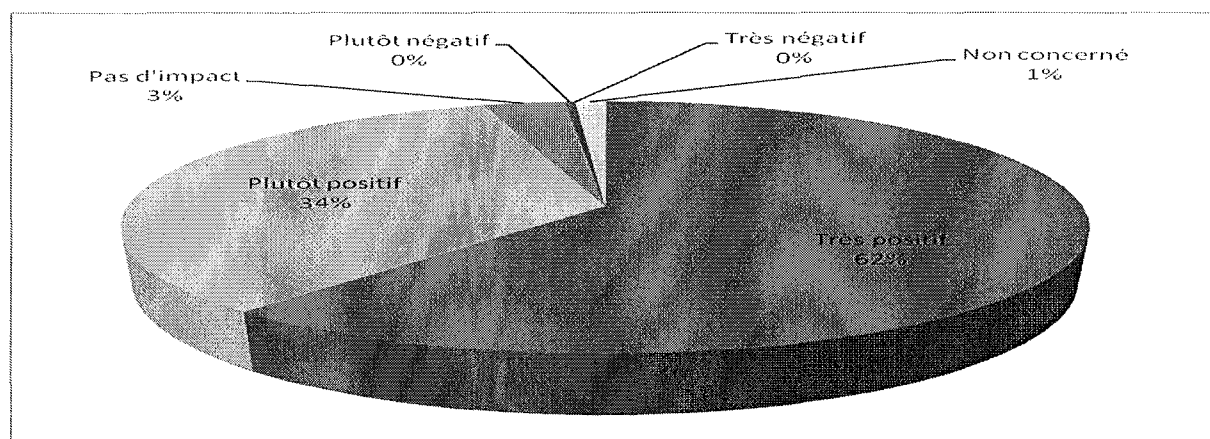
2.3.3.1 Satisfaction globale de la régulation.



Graphique n°23 : Satisfaction du mode de fonctionnement de la régulation.

95 % des généralistes ayant répondu au questionnaire se disent être satisfait ou très satisfaits du mode de fonctionnement actuel de la régulation libérale du département.

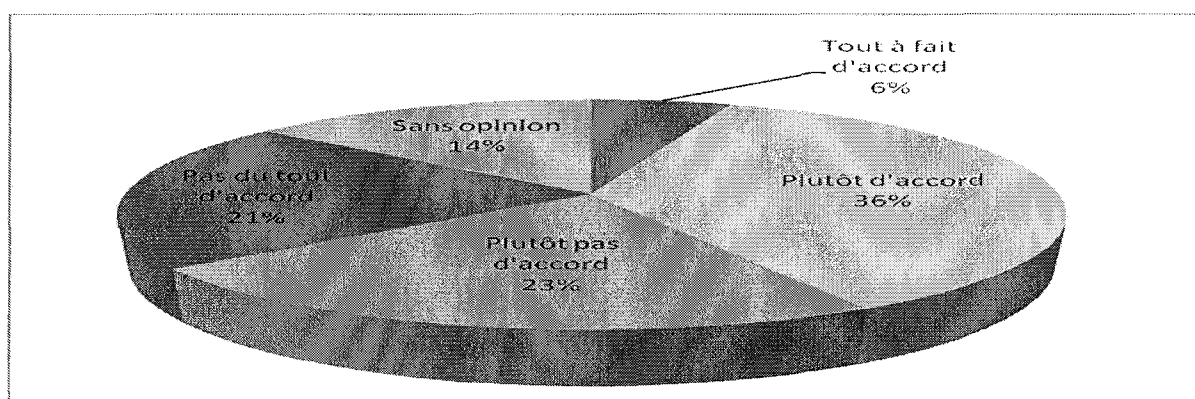
2.3.3.2 Impact sur la qualité de vie.



Graphique n°24 : Evaluation de l'impact de la régulation sur la qualité de vie.

96 % des généralistes revendiquent une amélioration de leur qualité de vie depuis la mise en place de MEDIGARDE. Ils sont même six médecins sur dix à déclarer que leur qualité de vie s'est nettement améliorée grâce à MEDIGARDE. Seulement une personne a constaté une dégradation de sa qualité de vie.

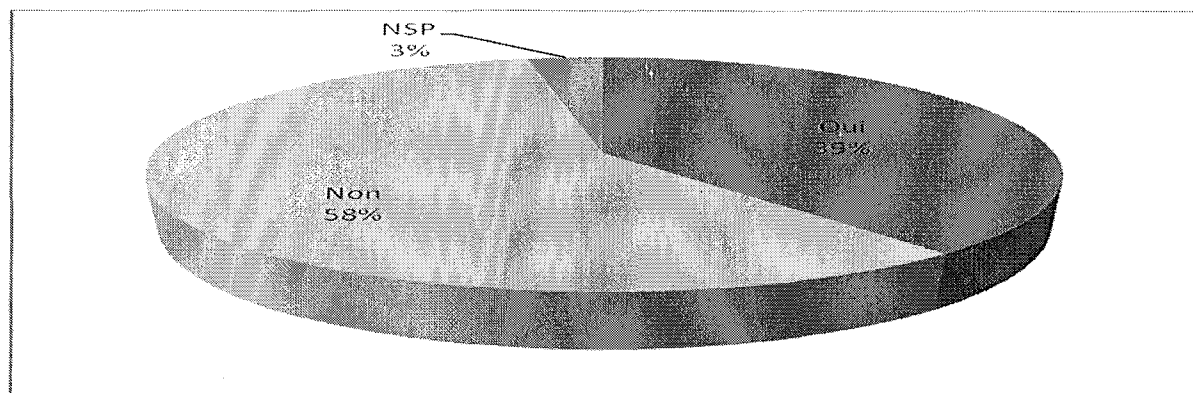
2.3.3.3 Lien de subordination avec le régulateur.



Graphique n°25 : Sentiment de subordination par rapport au médecin régulateur

Les réponses à cette question sont intéressantes car nuancées : 44 % des généralistes interrogés ont le sentiment d'entretenir des relations confraternelles avec le régulateur et 42 % d'entre-eux ont l'impression au contraire d'avoir une obligation d'obéissance vis-à-vis du régulateur.

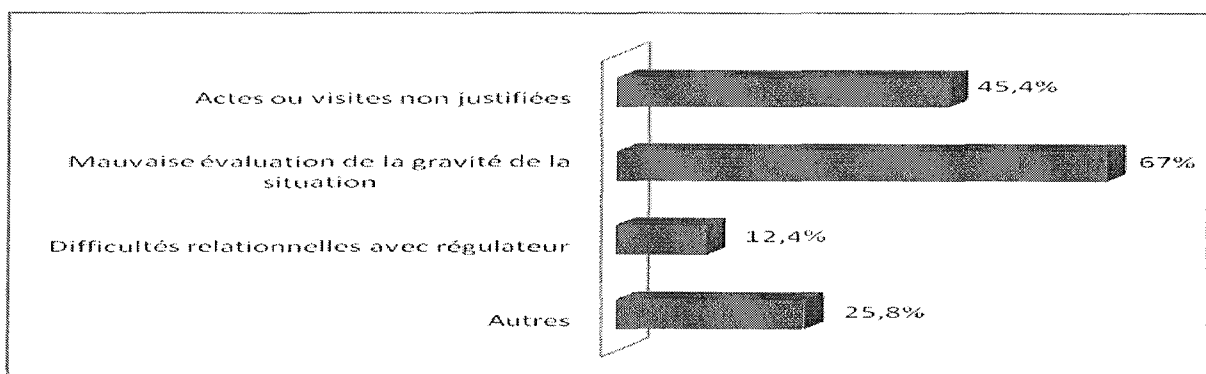
2.3.3.4 Difficultés avec la régulation.



Graphique n°26 : Difficultés rencontrées avec la régulation.

Alors que 58 % des généralistes disent n'avoir jamais rencontré de difficultés majeures au cours de leur garde avec la régulation, ils sont 39 % à déclarer avoir été confrontés au moins une fois à un problème en rapport avec la régulation.

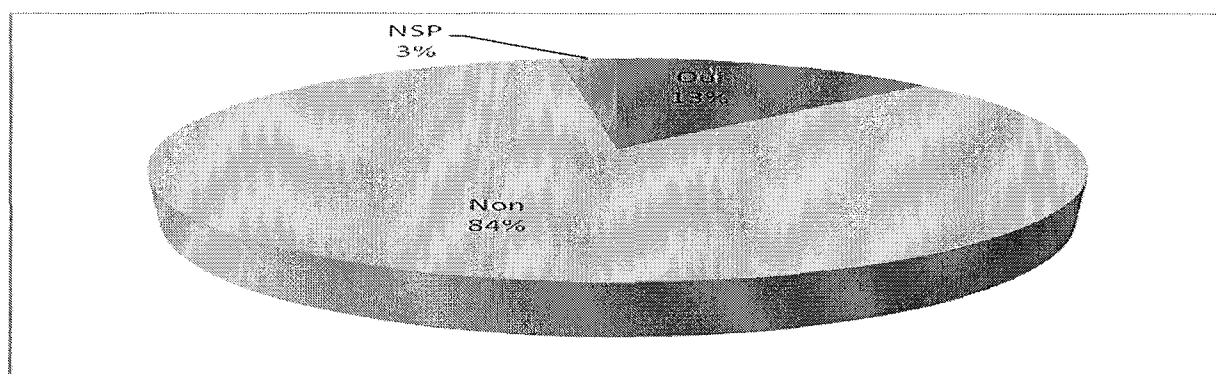
Les difficultés rencontrées sont énoncées ci-dessous dans le graphique n°27 (plusieurs réponses possibles donc résultats supérieurs à 100 %) :



Graphique n°27 : Répartition des difficultés rencontrées au cours de la régulation.

Pour 67 % d'entre-eux, il s'agit surtout de problèmes liés à la mauvaise évaluation de la gravité de la situation, suivi pour 45,4 % d'actes non réellement nécessaires dans l'immédiat. Seulement 12,4 % se plaignent de problèmes relationnels avec le régulateurs (désaccord, antipathie,...)

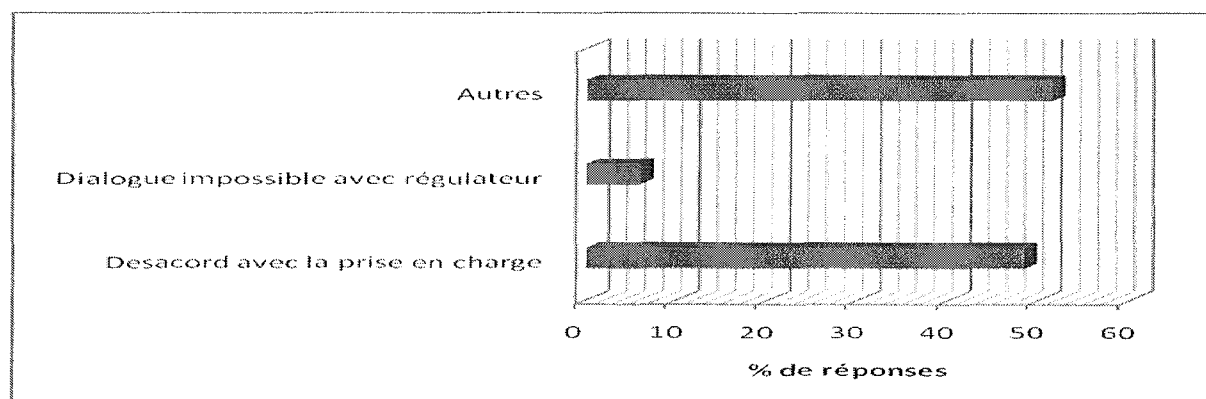
2.3.3.5 Réalisation d'une « contre-régulation ».



Graphique n°28 : Réalisation d'une « contre-régulation ».

L'expression « contre-régulation » signifie que le médecin effecteur n'est pas en accord avec la prise en charge proposée par le régulateur et qu'il n'applique donc pas les recommandations formulées par ce-dernier. Seulement 13 % des médecins déclarent avoir au moins une fois effectué une « contre-régulation » au cours de leur garde.

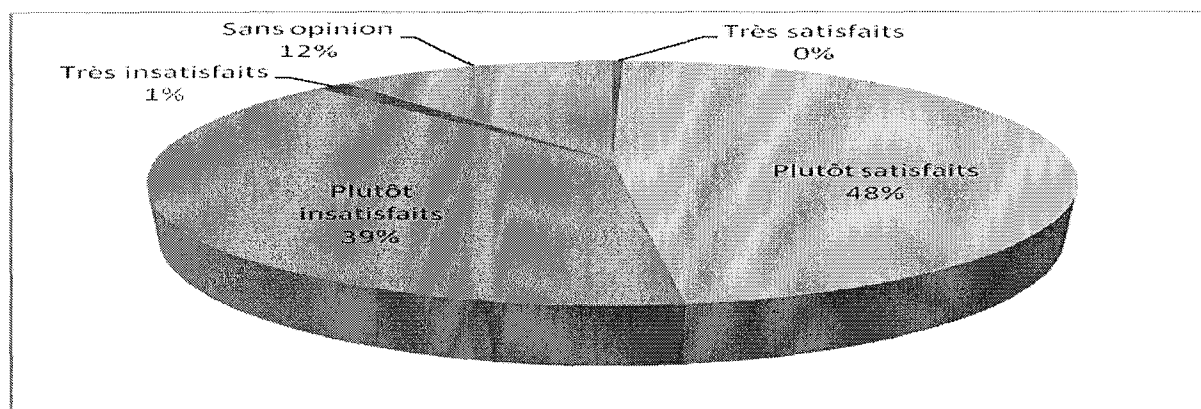
Les raisons qui les ont amenés à effectuer une « contre-régulation » sont exposées ci-dessous dans le graphique n°29 (Plusieurs réponses possibles donc résultats supérieurs à 100 %) :



Graphique n°29 : Raisons de la « contre-régulation ».

La raison principale est un désaccord de prise en charge de la situation médicale (48,5 % des réponses) et dans 6 % des cas un dialogue impossible avec le régulateur. 51,5 % des réponses concernent d'autres situations autres que celles proposées qui seront détaillées plus loin.

2.3.3.6 Evaluation de la satisfaction de MEDIGARDE par les patients.



Graphique n°30 : Evaluation de la satisfaction de MEDIGARDE par les patients.

Le retour qu'ont les médecins généralistes vosgiens sur la satisfaction des patients de MEDIGARDE est nuancé : 48 % reçoivent une opinion plutôt positive du dispositif MEDIGARDE de la part de leurs patients contre 40 % une opinion plutôt négative. A noter que 12 % d'entre-eux déclarent ne pas avoir de retour d'opinion.

3 Discussion et interprétation des résultats de l'enquête.

3.1 Interprétation des résultats.

3.1.1 Les limites de l'enquête.

- Nous avons conscience qu'un certain nombre de médecins généralistes prend régulièrement des remplaçants pour effectuer leurs gardes. Certains y ont recours déjà avant la mise en place du dispositif de régulation. Par conséquent, leurs réponses peuvent être en décalage avec la réalité.
- Nous avons décidé d'envoyer les questionnaires à l'ensemble des généralistes installés car certains ont peut-être connu la régulation libérale mais ne font plus de gardes actuellement pour raisons de santé ou dépassement de l'âge.
- Les questionnaires ont été envoyés à tous les médecins généralistes y compris le pool de médecins régulateurs. Il est possible que leurs réponses soient influencées par leur double fonction.

3.1.2 Taux de participation à l'enquête.

On peut se féliciter de l'excellent taux de participation des généralistes du département qui dépasse les 75 %.

Cet excellent taux de réponse témoigne de l'intérêt que portent les généralistes vosgiens sur le problème de la PDS et de la régulation libérale. En répondant massivement à ce questionnaire, ils veulent donner un « poids » à leurs réponses afin d'être compris et entendus.

3.1.3 Avis et connaissances de la régulation.

-1) Connaissance de la régulation :

Les campagnes d'informations réalisées par l'ASSUM88 et commandées en 2007 par l'URCAM et l'URML Lorraine auprès des médecins généralistes semblent avoir portées leurs fruits puisque 99% d'entre-eux déclarent connaître l'existence de MEDIGARDE. Néanmoins, près d'un médecin sur dix dit ne pas avoir affiché dans ses locaux de supports visuels à la disposition de ses patients.

-2) Recours à la régulation :

Un très fort pourcentage (97%) de médecins ont recours systématiquement à la régulation au cours de leurs gardes. L'adhésion massive à ce dispositif, qui rappelons le encore n'est pas obligatoire, démontre que les médecins y sont particulièrement attachés.

-3) Régulation et attractivité du milieu rural :

Les médecins sont 71% à penser que les campagnes désertées pourraient à nouveau attirer des jeunes diplômés grâce à la régulation libérale. Par contre, il est intéressant de noter que les médecins installés en ville sont 83,3% à croire qu'elle pourrait être un facteur déterminant à l'installation des jeunes généralistes à la campagne alors que les médecins y exerçant déjà ne sont que 70% à avoir la même opinion. Cette différence est statistiquement significative (**Tableaux annexe 5**). Les généralistes ruraux connaissent les difficultés d'exercice à la campagne. Ils sont peut-être plus pessimistes mais peut-être aussi plus réalistes sur la question. Un système de régulation des appels au cours des gardes peut rassurer et inciter les jeunes médecins à venir s'installer mais de là, à leur faire franchir le cap, cela est peut-être encore insuffisant. Comme le rappelle un médecin interrogé, l'exercice en milieu rural demeure un véritable sacerdoce : « *la régulation ne diminue pas la pénibilité quotidienne du métier* », « *ce n'est pas le seul élément pris en compte* ». Cependant, nous avons reçu une réponse d'un jeune médecin de 31 ans qui affirme le contraire: « *c'est mon cas ! Je ne me serais pas installé (à la campagne) sans régulation* ».

-4) Qualité du médecin régulateur :

94% des médecins souhaitent que le médecin régulateur soit un confrère généraliste. Comme nous l'avons expliqué plus haut, les régulateurs libéraux sont des généralistes installés qui prennent également des gardes sur le terrain. Les généralistes s'avèrent donc être les plus à même à exercer cette fonction, ce que confirme les résultats du questionnaire. De plus, en général, les régulateurs et les effecteurs se connaissent, et peuvent donc se comprendre plus facilement.

Cependant, même si les relations semblent à priori très confraternelles, il semble exister un rapport de force entre effecteur et régulateur en faveur de ce dernier. En effet, lorsque l'on pose la question si les effecteurs ressentent un lien de subordination par rapport au régulateur, ils sont 42% à répondre « oui ». Ils ont donc le sentiment d'être à la « merci » de la décision du régulateur. Ce genre d'écueil ne devrait pas troubler les relations régulateurs/effcteurs puisque les régulateurs font des gardes sur le terrain. Bien au contraire, cette « double casquette » devrait améliorer ces relations.

Ce sentiment de subordination est en réalité très « régulateur-dépendant ». En effet, en analysant les réponses données en commentaire libre, plusieurs médecins se plaignent du manque de relation confraternelle avec certains médecins régulateurs qu'ils soient libéraux ou hospitaliers mais n'en font pas une généralité.

3.1.4 Satisfaction de la régulation libérale.

-1) Fonctionnement de la régulation et impact sur la qualité de vie :

Les réponses à ces questions sont unanimes. 94% des médecins sont satisfaits ou très satisfaits du dispositif de régulation actuel même s'ils s'accordent à dire que la régulation présente un certain nombre d'inconvénients qui seront exposés plus loin. 95% trouvent que sa mise en place a contribué à améliorer leur qualité de vie.

Nous avons reçu un très grand nombre de commentaires libres mentionnant les raisons de cette amélioration. Nous avons retenu deux avantages principaux :

- D'une part, la diminution de la charge globale de travail est appréciée. La régulation préalable à tout acte médical pendant les gardes contribue à une baisse significative de l'activité de soins. Les médecins reçoivent les patients au cabinet pendant des horaires de consultations définis par avance. Il existe donc beaucoup moins d'imprévus.
- D'autre part, la filtration des appels par le médecin régulateur semble rassurer les médecins effecteurs. En théorie, si la régulation a été correctement effectuée, ces derniers ne doivent pas être confrontés sur place à des situations médicales qui peuvent engager le pronostic vital des patients à très court terme. Par conséquent, ils abordent leur garde avec beaucoup plus de sérénité et moins de stress. Ils n'ont plus à « négocier » au téléphone avec le patient. Le confort de vie est ainsi amélioré.

Les médecins hommes « très satisfaits » du fonctionnement du système actuel de régulation sont un peu plus nombreux (39,9%) que leurs consœurs (36,2%). Par contre, les femmes médecins semblent tirer un bénéfice plus important de la régulation sur leur qualité de vie que leurs confrères (respectivement 70,2% contre 59,1%). La charge de travail étant réduite au cours de leur garde, elles peuvent prendre plus de temps pour s'occuper de leur famille et en particulier de leurs enfants. Néanmoins cette différence n'est pas significative.

-2) Difficultés avec la régulation :

Nous avons voulu savoir si les effecteurs avaient déjà rencontré des difficultés avec la régulation et si oui qu'elles en avaient été les raisons. 39% ont répondu « oui » à cette question. Quatre choix étaient alors proposés avec plusieurs réponses possibles. Par ordre décroissant de fréquence :

- ① **La mauvaise évaluation de la gravité de la situation.** Elle recueille 67% des réponses. Cette mauvaise évaluation peut aller dans les deux sens :

- ✓ Soit par « excès de précaution » : par exemple, si le régulateur doute, il demande au médecin effecteur d'examiner un patient en vue de le rassurer même si il n'a pas détecté de signe de gravité potentiel et immédiat. Ou bien encore, le renouvellement de l'appel même sans aggravation de l'état de santé

oblige le régulateur à reconsidérer l'appel avec un degré de gravité supérieur et à envoyer l'effecteur pour régler le problème. Ces situations peuvent être parfois mal comprises à posteriori par les effecteurs qui ont le sentiment d'être « dérangés pour rien ».

- ✓ Soit au contraire, par «sous-estimation» de la gravité : Comme nous l'avons vu précédemment, la régulation par téléphone est un exercice très délicat. Il ne s'agit pas de donner un diagnostic ou de rechercher la cause du problème mais de rechercher les signes de gravité motivant l'intervention du médecin effecteur. La régulation est une pratique atypique de la Médecine à laquelle les médecins sont peu formés. La sémiologie et l'interrogatoire du patient couplés à l'expérience, au discernement et au « ressenti » sont les principales armes du régulateur pour apprécier le degré de gravité de la situation. Malgré tout, certaines situations peuvent lui « échapper ». Il peut négliger par exemple certains éléments de l'interrogatoire ou bien encore manquer de discernement face à une situation et passer à côté d'un cas grave. Le patient minimise également les faits ce qui rend encore plus difficile le travail du régulateur : *« Des demande de visites « peu justifiées » d'après le régulateur se révèlent en fait amplement justifiées à posteriori. De plus, la description par les patients de leurs symptômes n'est pas toujours correcte sous-estimant ainsi la gravité potentielle »*. Tous ces éléments, difficilement maîtrisables, peuvent être parfois à l'origine de retard de prise en charge et d'erreurs médicales. Les médecins ayant répondu au questionnaire semblent très compréhensifs sur la difficulté de réguler. Un grand nombre reconnaît que la régulation n'est pas une tâche facile et que le risque d'erreur est présent à chaque appel : *« Je fais confiance à priori au régulateur. Quand il y a eu un doute, je rappelle après pour donner mon avis. Je pense que c'est difficile de réguler »*.

Il serait intéressant pour le régulateur que le médecin effecteur le recontacte systématiquement une fois la situation gérée. En effet, cela permettrait au régulateur de savoir s'il a eu raison ou pas de faire intervenir le médecin sur place et ainsi réévaluer sa manière de réguler en cas de défaillance.

② Les actes et visites « injustifiés » :

Cette réponse arrive en deuxième position avec 45% des réponses. Il est par définition très difficile d'évaluer par téléphone si un cas médical nécessite une prise en charge rapide ou pas, si une personne peut se déplacer au cabinet de garde ou non. Il faut admettre que certaines situations cliniques peuvent amener les médecins effecteurs à s'interroger sur la pertinence de certaines visites à domicile. Par exemple, une personne contacte la régulation pour des lombalgies. Elle déclare ne pas être en état de se déplacer et demande la visite à son domicile du médecin de garde. A l'arrivée, ce dernier constate que la personne est valide et se déplace sans difficulté. Aux yeux du médecin sur place, il s'agit d'une visite non justifiée car le patient aurait pu se rendre au cabinet afin d'être examiné dans de meilleures conditions. Il est clair que le régulateur au téléphone ne pouvait avoir connaissance de ces éléments. Comme nous l'avons dit plus haut, il est préférable que le médecin de garde se déplace pour « rien » plutôt que la situation inverse. Si le régulateur sent que la situation n'est pas claire, rien ne remplace un examen clinique fait sur place: *« Actes et visites non justifiées, mais inquiétudes du médecin régulateur : ça ne me gêne pas »*. *« Même si je ne suis pas d'accord (avec la décision du régulateur), je me déplace. Respect pour le régulateur qui fait un travail pas facile »*.

Rappelons quand même que le nombre de visites régulées à domicile est passé de 2 145 en 2006 à 1 801 en 2007 soit une chute de près de 25% en un an.

③ Les problèmes relationnels avec le régulateur :

Cet item obtient 12% des réponses. Il peut arriver que la communication ne soit pas bonne entre régulateur et effecteur (antipathie, nonchalance, « surmenage » du régulateur,...). Ces difficultés relationnelles ne viennent pas heureusement entraver le bon déroulement de la régulation et reste à nouveau très « régulateur-dépendant ».

④ Autres cas :

Dans 26% des cas, les médecins signalent des difficultés rencontrées dans d'autres situations que celles proposées. Un espace de commentaires libres a été mis à leur disposition :

✓ Huit médecins dénoncent des problèmes de régulation après minuit. (Rappelons que la régulation de la PDS est faite par le régulateur du Centre 15 à ce moment là). Ils reprochent un manque de cohérence dans la gestion des appels de la part des médecins du SAMU qui prennent les appels après minuit : *« la régulation en semaine après minuit est exercée par le SAMU et la gestion des appels est manifestement moins bonne que lorsqu'elle est exercée par un généraliste »*. *« La nuit, avec le régulateur du SAMU qui parfois envoie systématiquement sans réguler. Même pour rien. »*, *« Il s'agit plutôt de problèmes lorsque le centre 15 régule »*. Encore une fois, les difficultés signalées sont très « régulateur-dépendant » et ne peuvent donc pas être généralisées à l'ensemble des régulateurs libéraux ou hospitaliers.

✓ Ils regrettent également une régulation parfois trop sévère vis-à-vis des patients : *« Ne pas avoir été dérangé pour des patients qui en avait besoin »*, *« Certains lundis matin, consultation pour quelque chose qui aurait dû être vu la veille »*, *« En fait pas de difficultés réelles (...) plaintes des patients le lundi matin : ex colique néphrétique → conseil régulation : prise de spasfon → pas de nécessité de consultation... »*. En conséquence, il peut arriver que des patients court-circuitent le système et se rendent directement vers le Service d'Accueil des Urgences *« Refus d'adresser le patient au cabinet. Le patient se dirige vers les urgences. »*.

✓ Trois commentaires sont en rapport avec des problèmes de sectorisation. Cela concerne des erreurs d'orientation du patient : *« Appel d'un confrère à 22km alors que je suis à 800m et de garde !! »*. *« Un malade a été orienté de Provençères à Grandvillers = 1 heure de route alors que son médecin traitant était de garde sur le secteur !! »*. *« Mauvaise information sur le médecin de garde dans le secteur »*. Il peut exister certaines incohérences dans l'orientation des patients mais l'organisation des secteurs de garde a été définie par le CODAMUPS après discussion avec l'ensemble des acteurs de la PDS. La régulation doit donc respecter la sectorisation

✓ Les commentaires restants décrivent plutôt des situations anecdotiques (appel de la régulation alors que le médecin n'est pas de garde, erreurs sur les horaires de consultations au cabinet,...) sans conséquence sur la prise en charge du patient.

Pour conclure sur cette question, même si 39% des médecins déclarent avoir rencontré des problèmes avec la régulation au cours de leur garde en mettant en avant la mauvaise évaluation de la gravité de la situation, ils reconnaissent parfaitement la complexité et la difficulté de la régulation par téléphone.

-3) Pratique de la « contre-régulation ».

Nous avons demandé aux médecins s'ils avaient déjà effectué une « contre-régulation » et si oui, pour quelle(s) raison(s). Nous désignons par « contre-régulation » le fait de ne pas suivre la conduite à tenir retenue par le régulateur. La encore, plusieurs réponses sont possibles. Seulement 13% des médecins interrogés avouent avoir déjà effectué une « contre-régulation » au cours d'une de leur garde. Parmi les raisons, on retrouve surtout un désaccord avec la prise en charge proposée par le régulateur (48,5%), un dialogue impossible avec le régulateur (6%) et d'autres raisons (51,5%). En analysant les commentaires libres, nous en avons retenu trois principales:

✓ Prise en charge de ses propres patients par le médecin effecteur. Il s'agit de la principale raison évoquée par les médecins. Le médecin traitant retrouve ainsi sa place au cœur de la PDS. Il est tout à fait logique que le médecin effecteur tienne à s'occuper de ses propres patients pendant ses gardes car il les connaît mieux que quiconque. Cela permet de désamorcer parfois certaines situations délicates : *« Patient connu du secteur pour appels abusifs. Après dialogue constructif avec le régulateur et rappel du patient, un compromis a été trouvé sans conflit », « J'étais en désaccord avec le régulateur puisque je connaissais la famille qui demandait l'appel injustifié ». « Patient connu et rassuré par mon appel téléphonique ». « Prise en charge personnelle de mes patients ». « Patient connu et de ce fait, régulation plus adaptée », « Patient connu de façon personnelle ».*

✓ Manque de renseignements fournis par le régulateur : Cela incite le médecin de garde à recontacter le patient afin d'approfondir l'interrogatoire et de réévaluer la conduite à tenir: *« j'ai rappelé la patiente (GEA chez un enfant à 20h30 en semaine). La mère avait du Tiorfan → pas de visite ». « Interrogatoire insuffisant ».*

✓ Déficiences de la régulation après minuit : Après minuit, certains médecins nous racontent qu'ils sont parfois amenés à réguler eux-mêmes les appels alors que cette tâche

revient au médecin régulateur hospitalier : « *Le régulateur n'avait pas géré l'appel, la secrétaire (comprendre la PARM) avait transmis directement* », « *Régulation après minuit : à priori permanencière. Peu de renseignements médicaux : Appel du patient et régulation* ». Ce dysfonctionnement n'a été mentionné qu'à trois reprises par les médecins ayant réalisé une « contre-régulation ».

-4) Retour des patients sur la régulation.

Les réponses ne sont absolument pas objectives puisqu'il s'agit des impressions ressenties par le médecin auprès de ses patients ayant eu recours à la régulation.

Les résultats sont plutôt mitigés. En effet, 48% des médecins déclarent que leurs patients ont une opinion plutôt positive de la régulation et 40% plutôt négative.

On retrouve beaucoup de commentaires libres de la part des médecins interrogés qui tentent d'analyser les raisons de cette insatisfaction. Pour une majorité, il s'agit essentiellement d'une incompréhension du système de régulation par manque de communication. Les patients ont du mal à accepter le système de régulation car leurs habitudes sont bousculées. Il faut dire que pendant des années, il était de règle que le médecin de garde se déplace à chaque fois au domicile du malade, quelque soit le motif, quelque soit l'heure, même si ce dernier était en mesure de se déplacer au cabinet. Cette pratique est ancrée dans l'esprit de la population et il faudra un certain temps pour la changer.

La multiplication des interlocuteurs semble dérouter les patients qui ne savent plus à qui ils ont affaire. De plus, les délais de réponses téléphoniques sont jugés trop longs en particulier les dimanches ce qui peut amener les patients à se diriger directement vers le Services d'Accueil des Urgences. Enfin, certains se disent déçus par la disparition de la relation médecin/malade car ils n'ont plus de contact direct avec le médecin de garde qui plus est, peut être leur médecin traitant habituel.

Ce constat plutôt défavorable contraste avec celui des généralistes qui s'avère très positif. Les campagnes d'information de la population lancées par l'URCAM et l'URML semblent encore insuffisantes pour sensibiliser les patients. Il faut que MEDIGARDE soit plus connu de la population.

3.1.5 Analyse des commentaires libres.

Pour terminer ce chapitre sur l'interprétation des résultats, il nous reste à étudier les nombreux commentaires libres laissés par les médecins. A la fin du questionnaire, nous avons demandé de citer les points positifs et négatifs de la régulation.

➤ Les points positifs :

✓ Baisse de la charge de travail et amélioration de la qualité de vie : La forte diminution des actes et des visites injustifiées diminuent la pénibilité des gardes. Les lendemains de garde sont moins difficiles car les contraintes physiques sont moindres. La vie de famille est préservée.

✓ Diminution du « stress » : Les médecins sont soulagés de ne plus avoir à gérer les problèmes par téléphone directement avec le patient. Le fait d'avoir un filtrage des appels au préalable permet d'écarter les situations graves qui sont alors transmises au régulateur du SAMU. Ils se sentent plus en sécurité. Ils sont rassurés de pouvoir dialoguer et collaborer avec le médecin régulateur en cas de difficultés.

✓ Une réponse à chaque problème médical. Les médecins pensent que le système est très profitable à l'ensemble de la population. Ils rappellent que tout problème médical obtient une réponse et que la gestion des urgences s'avère plus efficace. La régulation permet de maintenir en place la PDS surtout dans les secteurs à faible densité médicale.

✓ Une « rééducation » de la population. Les médecins interrogés ont le sentiment que la régulation médicale peut amener à une « rééducation » et une responsabilisation de la population afin de réduire le comportement consumériste des soins. Par conséquent ils pensent que le dispositif de régulation actuel favorise la réduction des dépenses de santé relatives à la PDS.

En général, ils observent une grande tolérance vis-à-vis du régulateur car ils ont bien conscience que la régulation par téléphone n'est pas un exercice facile.

➤ Les points négatifs :

✓ Une régulation trop « régulateur-dépendante ». Ils estiment que la façon de réguler est inégale selon le régulateur et que le risque de voir apparaître des erreurs médicales ou des retards de prise en charge n'est pas négligeable. Ils soulèvent le problème du risque médico-légal. En effet, ils reprochent des réponses parfois inadaptées avec une sous-estimation de la gravité de la situation, une régulation trop rigoureuse avec une volonté trop systématique de ne pas déranger le médecin de garde. Ils ont le sentiment que certains régulateurs sont parfois trop stricts au niveau du tri téléphonique et ne sont pas forcément à l'écoute du patient qui a besoin d'aide médicale. Ils souhaitent aussi plus de confraternité dans les relations régulateurs/médecins effecteurs.

✓ La perte de la relation médecin/malade qui est noyée dans la multiplicité des interlocuteurs. Le régulateur ne connaît pas les malades des secteurs alors qu'auparavant les médecins de garde étaient disponibles pour leurs patients. Ils regrettent le caractère impersonnel de la prise en charge des patients.

✓ La disproportion entre leur disponibilité et leur faible activité de garde. En effet, certains signalent un nombre d'actes très faible (inférieurs à cinq actes par week-end voire même inexistants) au cours des gardes de week-end alors qu'ils sont d'astreintes et donc contraints de rester sur place pour intervenir si nécessaire. Ils ne comprennent pas pourquoi le nombre d'actes diminue alors que le nombre d'appels téléphoniques est en pleine expansion. Ils soulignent enfin que ce système de garde est moins avantageux financièrement. Toutefois, ces commentaires semblent assez contradictoires.

✓ L'augmentation de l'activité des Services d'Accueil des Urgences. Ils redoutent un risque de surcharge des SAU secondaire à une régulation trop sévère ou un délai de prise en charge trop long qui inciterait les patients à se diriger vers ces structures.

✓ Problèmes de la régulation après minuit. Il existe quelques difficultés concernant la régulation après minuit. Plusieurs médecins se plaignent d'un manque de régulation efficace et pertinente après minuit de la part des régulateurs du SAMU. D'autres disent devoir parfois effectuer eux-mêmes le travail du régulateur.

✓ **Commentaires « anecdotiques »:** quelques médecins regrettent de ne plus être confrontés à des situations d'urgences vitales au cours de leurs gardes. Un médecin dénonce le recours trop systématique à la régulation de la part des forces de police pour réquisitionner le médecin de garde en particulier pour les gardes à vue. Un seul médecin n'a trouvé que des points négatifs à la régulation.

3.1.6 Conclusion sur l'analyse des résultats

Pour conclure, le système de régulation des appels fonctionne bien car son recours fait désormais l'unanimité chez les médecins vosgiens et ce, quelque soit leur mode et lieu d'exercice. L'amélioration de leur qualité de vie est considérable. Ils abordent leur garde avec plus de sérénité et de tranquillité. Même si ils reconnaissent que le dispositif présente quelques aléas, en particulier vis-à-vis des régulateurs et de leur façon de réguler, ils s'accordent à reconnaître qu'il ne s'agit pas d'un exercice facile, loin de là. Les médecins effecteurs ont bien compris que la régulation par téléphone fait intervenir le « ressenti » du médecin. Par conséquent, ce « ressenti » peut parfois les amener à effectuer des actes jugés à posteriori « inutiles ». Mais rappelons que rien ne peut remplacer l'examen clinique sur place. Enfin, les généralistes considèrent qu'il s'agit également d'un moyen de « rééducation » de la population sur sa façon de « consommer » les soins mis à sa disposition. Malgré tout, même si les généralistes ont dans l'ensemble bien diffusé l'information à leurs patients sur MEDIGARDE, il semblerait que le concept ne soit admis ou plutôt mal compris par la population en général. Il reste encore quelques efforts à faire sur ce plan.

3.2 Etude comparative avec d'autres thèses similaires.

Nous pouvons comparer les résultats de notre thèse avec trois autres thèses récentes dont le thème est la régulation libérale au cours de la PDS.

La première correspond à l'évaluation du centre de régulation des appels réalisé en Côte d'Or en 2005 (45). La deuxième concerne l'évaluation de la régulation libérale MEDIGARDE 54 en Meurthe-et-Moselle après une année d'activité en 2004 (46). Ces deux thèses contiennent

chacune une enquête de satisfaction envoyée aux médecins généralistes des deux départements.

L'intérêt de comparer notre enquête à celles réalisées dans d'autres départements au début de fonctionnement de la régulation libérale (2004 et 2005) est de mettre en évidence l'évolution des comportements et des mentalités des médecins généralistes vis-à-vis de la régulation libérale même si les populations étudiées pour chaque enquête diffèrent légèrement.

Enfin, la troisième thèse traite de l'activité de la régulation libérale en Meuse de 2004 à 2006 (47). Ces résultats pourront être également comparés avec ceux de l'ASSUM88.

3.2.1 Comparaison des enquêtes de satisfaction.

3.2.1.1 Organisation des associations de régulation libérale.

1) Côte d'Or (45):

L'association de régulation libérale s'appelle AREMEL. Elle a été créée en 2003. Son fonctionnement est très proche de celui de l'ASSUM88.

En 2004, les plages de fonctionnement de l'AREMEL étaient les soirs de semaine de 20h à 00h, les samedis de 13h à 20h et dimanches de 08h à 20h.

La même année, les 32 régulateurs de l'AREMEL ont traité 16 000 appels pour un bassin de population assez rural de 540 000 habitants.

A l'instar de MEDIGARDE Lorraine, le département de la Côte d'Or a également mis en place un numéro d'appel unique à dix chiffres. L'AREMEL partage les mêmes locaux que le SAMU 21

2) Meurthe-et-Moselle (46) :

MEDIGARDE54 a vu le jour en décembre 2003. Son mode de fonctionnement est similaire à celui de l'ASSUM88.

En 2004, MEDIGARDE54 comptait 23 médecins généralistes volontaires. Ils régulaient la semaine de 20h à 00h et tout le week-end sauf du samedi minuit au dimanche huit heures. Les médecins libéraux de MEDIGARDE54 partagent aussi les locaux du SAMU 54.

La même année, MEDIGARDE54 a reçu environ 19 500 appels mais le bassin de population couvert est d'environ 724 000 habitants et avec une urbanisation plus forte que celle des Vosges.

3) Rappel pour les Vosges :

L'ASSUM88 a été réorganisée en novembre 2003. En 2004, elle a pu compter sur 35 régulateurs libéraux pour réguler les 13 900 appels reçus cette année là. L'ASSUM88 fonctionnait alors seulement les week-ends mais du samedi 12h au lundi matin 08h. Par contre, la semaine, la régulation était effectuée par les médecins hospitaliers. Les Vosges comptent environ 383 000 habitants avec une nette prédominance rurale.

3.2.1.2 Taux de réponse.

Pour les trois départements, les enquêtes de satisfactions ont été envoyées par voie postale aux médecins participant à la PDS.

- Pour le département de la Côte d'Or : 101 généralistes sur 215 ont renvoyé le questionnaire soit un taux de réponse de **47%**.
- Pour le département de la Meurthe-et-Moselle : seulement 192 généralistes sur 678 ont répondu au questionnaire. Le taux de participation est relativement faible avec **28%** de réponses.
- Rappel pour notre enquête : nous avons reçu 261 questionnaires sur les 345 envoyés. Le taux de retour est de **75,7%**.

Les écarts des taux de participation sont relativement élevés. Ceci peut ainsi fausser la comparaison de nos résultats.

3.2.1.3 Caractéristiques des médecins.

Seule l'enquête réalisée en Meurthe-et-Moselle nous renseigne sur les caractéristiques des médecins ayant répondu au questionnaire.

On peut mettre en évidence des différences assez significatives entre les deux populations de médecins interrogés (Vosges et Meurthe-et-Moselle) :

- Les médecins ayant répondu sont des hommes dans 69,3% des cas et des femmes dans 30,7% (contre respectivement 81% et 19% dans notre enquête).
- Ils ont en moyenne 47 ans alors que l'âge moyen des médecins ayant répondu à notre enquête est de 50,7ans.
- 40,50% des médecins interrogés de Meurthe-et-Moselle sont installés en zone urbaine (contre 27% dans les Vosges), 34,7% en milieu semi-rural (contre 41%) et 24,7% en milieu rural (contre 32% dans les Vosges).
- 47,6% des généralistes Meurthe-et-mosellans ayant répondu exercent en cabinet de groupe (56% dans les Vosges) et 52,4% seuls (44% dans les Vosges).

Notre population d'étude est donc plus masculine, plus âgée et plus rurale que celle de Meurthe-et-Moselle. Ceci peut donc avoir une incidence sur le choix des réponses.

3.2.1.4 Comparaison des résultats

➤ Connaissance de la régulation libérale :

- ✓ **Côte d'Or** : Le système de régulation des appels est très bien connu dans le département puisque 100% des médecins interrogés disent en avoir connaissance.
- ✓ **Meurthe-et-Moselle** : Question non posée.
- ✓ **Vosges** : 99% des médecins interrogés ont répondu « oui » à cette question.

➤ Mise à disposition du numéro de la régulation aux patients :

- ✓ **Côte d'Or** : Question non posée
- ✓ **Meurthe-et-Moselle** : Seulement 13% des généralistes de Meurthe-et-Moselle n'avisent pas leurs patients de l'existence de la régulation libérale
- ✓ **Vosges** : 12% ne le font pas également.

➤ Recours à la régulation :

- ✓ Côte d'Or : seulement 63,4% des médecins bourguignons ont recours systématiquement à la régulation au cours de leurs gardes.
- ✓ Meurthe-et-Moselle : Question non posée.
- ✓ Vosges : Les médecins vosgiens sont 97% à recourir systématiquement au dispositif de régulation des appels.

➤ Satisfaction du dispositif de régulation :

- ✓ Côte d'Or : Question non posée
- ✓ Meurthe-et-Moselle : 66,5% trouvent que la régulation libérale est « bien faite ».
- ✓ Vosges : 94% des généralistes vosgiens en sont satisfaits ou très satisfaits.

➤ Qualité de vie de généralistes :

- ✓ Côte d'Or : Question non posée
- ✓ Meurthe-et-Moselle : 70% des médecins déclarent avoir le sentiment que leur qualité de vie est améliorée depuis la mise en place du dispositif.
- ✓ Vosges : ils sont 94% à ressentir une amélioration de leur qualité de vie.

➤ Réalisation d'une « contre-régulation » :

- ✓ Côte d'Or : 70% des médecins répondent avoir déjà effectué au moins une fois une « contre-régulation ».
- ✓ Meurthe-et-Moselle : Question non posée.
- ✓ Vosges : seulement 13% des généralistes ont pratiqué une « contre-régulation » au cours de leurs gardes.

➤ Retour des patients sur le dispositif de régulation des appels :

- ✓ **Côte d'Or** : 48,5% des médecins interrogés ont un retour plutôt satisfaisant de leurs patients et plutôt négatif pour 22,8%. A noter que 28,7% des médecins n'ont pas eu de retour de leurs patients
- ✓ **Meurthe-et-Moselle** : 65% ont eu un retour positif de la régulation de la part de leurs patients
- ✓ **Vosges** : Dans notre enquête, on relève 48% de retours positifs contre 40% de retours négatifs et 12% de réponses sans opinion. Mais le département des Vosges a toujours été un département sans zone blanche avec des généralistes proches des patients .Inévitablement ces derniers ressentent la régulation plus distante. A l'inverse, dans d'autres départements qui possèdent des zones blanches, la régulation est perçue comme un progrès.

3.2.1.5 Conclusion.

➤ Evolution plutôt positive :

- ✓ Les médecins continuent à très bien connaître le fonctionnement du dispositif de régulation des appels.
- ✓ Le recours systématique à la régulation est devenu beaucoup plus fréquent puisqu'ils étaient un peu moins de deux tiers à recourir systématiquement à la régulation en 2004 en Bourgogne, ils sont aujourd'hui près de 100% à utiliser systématiquement la régulation dans les Vosges.
- ✓ Le taux de satisfaction du dispositif de régulation des appels est en progression.
- ✓ Le taux d'amélioration de la qualité de vie des généralistes est également en progression.
- ✓ Le taux de « contre-régulation » est en diminution, ce qui peut traduire une amélioration de la qualité de régulation de la part des médecins libéraux.

➤ **Evolution plutôt négative :**

- ✓ Le taux de médecin ne donnant pas d'informations sur la régulation à leurs patients n'a pas diminué. Il faut davantage sensibiliser les médecins généralistes.
- ✓ Le taux de retour négatif des patients reste stable voire même en augmentation par rapport à MEDIGARDE⁵⁴ en 2004 alors que l'on pourrait s'attendre à une diminution. Il reste des efforts à faire pour améliorer d'une part l'écoute des patients et d'autre part la réponse médicale apportée.

3.2.2 Comparaison de l'activité de la régulation.

Enfin, nous pouvons comparer notre travail avec une thèse récente de 2007 sur l'activité de la régulation libérale en Meuse de 2004 à 2006 (47).

La Meuse est un département rural comme les Vosges et qui rencontre les mêmes difficultés démographiques.

La régulation des appels est gérée par l'ASSUM⁵⁵. Par manque de personnel, la régulation libérale n'est opérationnelle que les samedis de 12h00 à 20h00 et les dimanches et jours fériés de 08h00 à 20h00. Les soirs de week-ends et semaines sont régulés par les médecins du SAMU⁵⁵.

On retrouve beaucoup de similitudes entre les deux travaux :

- ✓ Depuis la mise en place de l'ASSUM⁵⁵, la CPAM a enregistré une baisse de 23,7% du nombre d'actes effectués eu cours de la PDS. Cette diminution est de 23% dans les Vosges entre 2006 et 2007.
- ✓ En 2006, les décisions prises par les régulateurs des deux départements ont été presque identiques avec 21% de visites (23% dans les Vosges), 33% de consultations (même pourcentage dans les Vosges) et 46% de conseils médicaux par téléphone (39% dans les Vosges).
- ✓ Alors que les deux associations de régulation sont indépendantes et ne travaillent pas ensemble, le mode de régulation reste très proche. La régulation libérale a

permis une diminution significative du nombre d'actes au cours de la PDS et donc une réduction des coûts.

Il aurait été intéressant de connaître les mêmes données des autres départements de la Lorraine.

3.3 Problèmes rencontrés avec le dispositif de régulation actuel.

3.3.1 Difficultés au sein de la régulation vosgienne.

3.3.1.1 Des difficultés de recrutement des régulateurs.

Pour assurer une régulation efficace, chaque régulateur doit effectuer au moins deux gardes téléphoniques par mois. Il faut donc un effectif minimum de 40 régulateurs. Actuellement, l'ASSUM88 peut compter sur 37 médecins. Toutefois, seulement 25 médecins pratiquent la régulation téléphonique de façon régulière.

De plus, certaines périodes de l'année sont délicates puisqu'il faut faire face à une carence de régulateurs en particulier pendant les vacances scolaires.

Par conséquent, il faudrait sensibiliser et encourager les généralistes à réguler ce qui autoriserait une plus grande « souplesse » de fonctionnement et une meilleure rotation des régulateurs.

3.3.1.2 Des difficultés avec les effecteurs.

Il peut arriver que la régulation éprouve des difficultés à joindre le médecin effecteur (téléphone sur messagerie, médecin absent,...), ou un remplaçant peu ou non informé des nouvelles modalités de la garde, ou bien encore un refus de se déplacer pour examiner un patient. Il faut rappeler que les médecins effecteurs sont tous volontaires pour participer à la PDS. Ainsi à partir du moment où ils acceptent cette mission, ils doivent être disponibles pour intervenir à tout moment auprès du patient.

L'efficacité de la régulation téléphonique est dépendante d'une relation confraternelle de qualité entre régulateur et régulé. Les problèmes relationnels entre confrères ne doivent en aucun cas entraver le bon déroulement de la prise en charge du patient.

Par ailleurs, il peut parfois arriver que les médecins n'aient pas avisé la régulation d'un changement de garde perturbant alors le fonctionnement de la régulation. En cas de litiges ou d'erreurs, seul le tableau de garde fait foi. Il faut donc insister sur la nécessité de prévenir la régulation pour tout changement de garde.

3.3.1.3 Des problèmes médico-légaux.

Comme nous l'avons évoqué plus haut, la régulation téléphonique est un exercice difficile et délicat faisant appel au « ressenti » du régulateur. La gravité de certaines situations peut être sous-évaluée par le régulateur. Quelques affaires ont engagé la responsabilité du régulateur suite à un retard de prise en charge ou une mauvaise évaluation de la gravité. Le médecin libéral agissant en tant qu'agent du service public est dégagé de toute responsabilité civile personnelle (paiement des dommages et intérêts) à l'exception des fautes détachables de ses fonctions de régulateurs. Néanmoins il peut être condamné pénalement en cas de litige (48). Heureusement, il s'agit de cas isolés. Dans les Vosges, aucun problème n'a été recensé.

Pour le reste, il s'agit essentiellement de mécontentements à l'égard du mode de régulation : refus du régulateur d'envoyer le médecin, régulateur désagréable, délai d'attente téléphonique trop long...

3.3.2 La PDS est fragile et son fonctionnement aléatoire.

3.3.2.1 Le rapport de l'IGAS

L'IGAS a été missionnée le 29 septembre 2005 par le Ministère de la Santé pour évaluer le nouveau dispositif de permanence des soins en médecine ambulatoire. Elle lui remet en mars 2006 son rapport qui pointe du doigt les faiblesses du système (49). En dépit d'une refonte complète du système de garde médicale ambulatoire depuis 2003, la réalité du terrain en décide autrement.

Même si le rapport souligne la très bonne diffusion nationale du dispositif de la PDS avec 96 départements ayant appliqué les nouvelles mesures de sectorisation conformément au décret du 07 avril 2005, il retient également que ce dispositif reste inachevé et peu fiable.

Il met en évidence en outre un engagement mitigé des généralistes, notamment en seconde partie de nuit, des problèmes rencontrés dans certaines régulations départementales et un manque de coordination ville/hôpital.

De plus, avec un montant estimé à 360M€ en 2006 contre 265M€ en 2004, l'IGAS dénonce un dérapage inconcevable du coût de la PDS mettant en péril la pérennité du système actuel. L'IGAS s'interroge aussi sur le bien fondé des paiements des astreintes dans certains endroits : « *Dans certains cas, où il y a très peu d'actes réalisés malgré le paiement d'astreintes revalorisées on peut s'interroger sur l'effectivité du service rendu à l'utilisateur* ».

En effet, elle dénonce le coût réel exorbitant des actes effectués en nuit profonde. Ainsi, comme on peut le voir dans le tableau n°3 ci-dessous, le coût moyen d'une astreinte par acte varie de 170€ dans le département de la Loire à 3723€ dans l'Ain. Cela veut dire que par exemple, une visite de nuit profonde facturée au patient VRM = 77€ coûte en réalité 3723€ à la collectivité.

Source : URCAM

Département	Nombre de secteurs	Nombres d'actes par période de nuit profonde, ensemble du département.	Coût moyen d'une astreinte par acte (€)
Ain	35	0,94	3723,4 €
Ardèche	41	3,8	1078,94 €
Drôme	40	3,8	1052,63 €
Isère	62	18,3	338,80 €
Loire	25	14,7	170,06 €
Rhône	48	24,06	199,50 €
Savoie	56	5,3	1056,6 €
Haute Savoie	36	7,63	471,82 €
Tarn	34	3	1133 €
Pas de Calais	73	3,08	2370,13 €
Nord	122	14,05	868,33 €
Oise	37	1,2	3083,33 €

Tableau n°3 : Exemple de coût en euros des actes « en nuit profonde » (00h-06h)

Comme nous l'avons vu un peu plus haut, il existe plusieurs secteurs dans les Vosges qui peuvent correspondre à ce cas de figure. La réponse de l'IGAS à cette situation est qu' *«après minuit, considérant le manque d'efficacité général du dispositif actuel (coût moyen des actes de l'ordre de 1 000€), la mission recommande de désigner l'hôpital pour assurer la PDS. Toutefois, il peut être localement choisi de maintenir la permanence libérale lorsque celle-ci donne satisfaction »*.

Néanmoins, cette étude n'est qu'une première approche de l'évaluation de la PDS. Elle fait quelques propositions afin d'améliorer l'organisation de la PDS en France.

Enfin dans sa conclusion, elle souligne le caractère primordial d'un travail coordonné entre les structures hospitalières et les médecins libéraux.

3.3.2.2 Le rapport du docteur GRALL.

En juillet 2007, le Dr GRALL, conseiller général des établissements de santé remet à Roselyne BACHELOT alors Ministre de la Santé en fonction un rapport sur la PDS et les préconisations pour améliorer et pérenniser son fonctionnement **(50)**. Ce rapport met un nouveau pavé dans la mare après celui de l'IGAS en 2006. Il décrit le dispositif actuel comme un *« dispositif aléatoire, instable et fragile »*. Il souligne le manque de fiabilité de la régulation avec des effecteurs sur le terrain dans certains départements qui se désengagent en seconde partie de nuit reportant alors les soins vers les structures hospitalières. La population et les élus perdent leurs repères devant ce fonctionnement aléatoire de la PDS : *« Trouvez un « médecin » devient un sujet d'inquiétude et les difficultés d'accès (...) suscitent l'incompréhension de la population et de ses élus »*. Enfin le coût démesuré de la PDS est pointé du doigt avec la bagatelle de 360M€ de dépenses en 2006.

Le rapport préconise *« un dispositif pérenne, efficace, fiable et lisible permettant de répondre de façon adaptée à la demande de soins non programmés ou d'avis médical de la population sur l'ensemble du territoire »*. En résumé, il remet à plat la dichotomie entre la PDS et l'AMU en les substituant par une Aide Médicale Permanente à la Population (AMPP) qui s'organiserait comme le schéma n°1 ci-dessous.

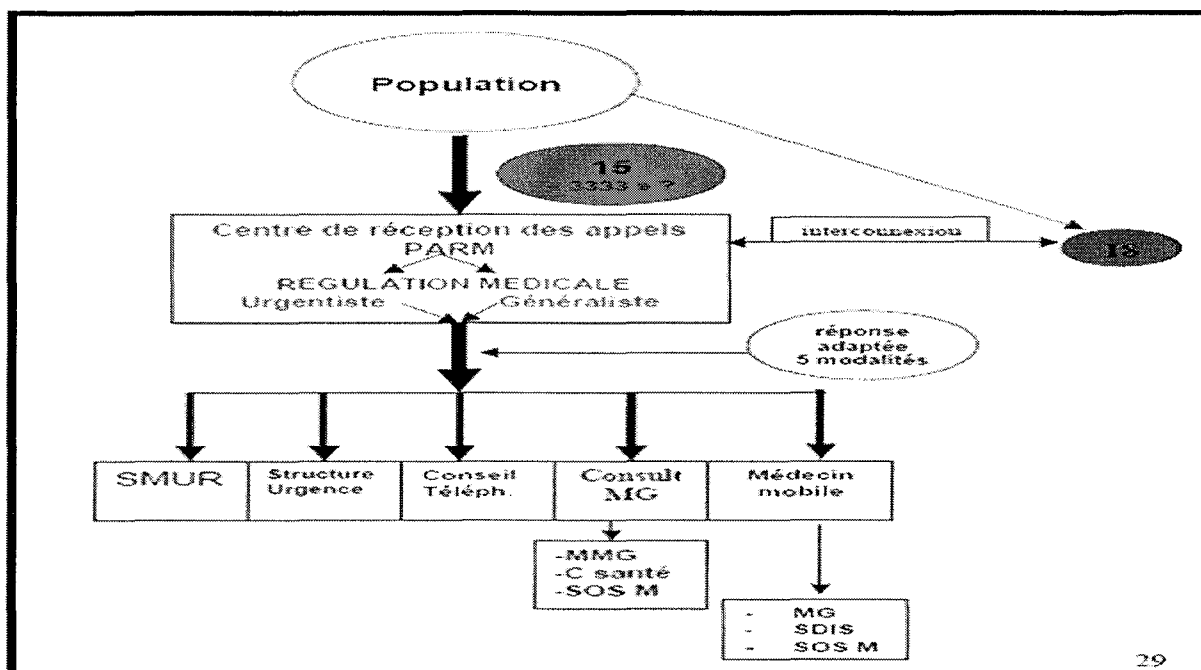


Schéma n°1 Organisation de l'AMPP

Le SROS conserverait les structures de type CRRA au C15, le SMUR et les SAU mais verrait apparaître deux nouveautés :

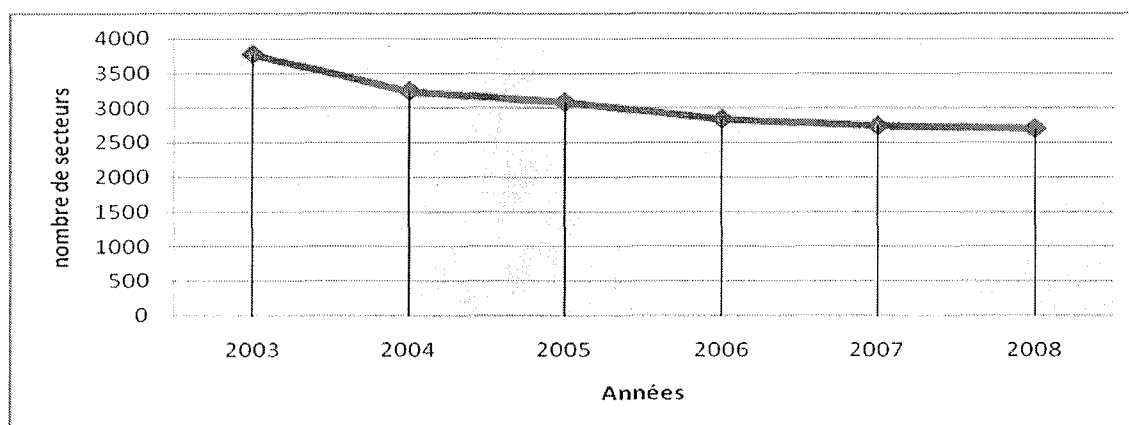
- ✓ Des points fixes de consultations de type MMG située à proximité des SAU ou dans les hôpitaux locaux en milieu rural.
- ✓ Des effecteurs mobiles qui interviendraient sur des secteurs géographiques plus étendus que l'ancienne sectorisation de la PDS comme par exemple les mêmes secteurs que les SMUR.

La valorisation de cette mission de service public par une rémunération attractive et sa contractualisation avantageuse doivent permettre d'assurer la pérennité du dispositif.

3.3.3 La réponse du CNOM sur l'état des lieux de la PDS en 2008.

L'enquête du CNOM sur l'état des lieux de la PDS en 2008 apporte des éléments nouveaux dans l'analyse du fonctionnement de la PDS (51). Globalement, l'engagement des médecins dans la PDS est remarquable et ils font preuve d'un grand sens des responsabilités.

Sur la question de la réduction du nombre de secteurs imposée par les pouvoirs publics, le CNOM se félicite des efforts réalisés par les médecins puisque depuis 2003 le nombre de secteurs en France est passé de 3 770 à 2696 en 2008 soit une baisse d'environ 1 000 secteurs (graphique n°31 ci-dessous).



Graphique n°31 : Evolution du nombre de secteurs entre 2003 et 2008

Cependant, on observe un ralentissement de la baisse du nombre de secteurs depuis 2007 puisque seulement 19 départements ont diminué le nombre de leurs secteurs soit une réduction de seulement 40 secteurs en 2007 (**Carte n°3**).

Il souligne aussi que la re-sectorisation n'est pas un travail facile et qu'elle doit tenir compte des particularités locales de chaque département : *« la sectorisation est un travail permanent d'adaptation aux situations locales qui doit être effectué avec circonspection et minutie afin de répondre aux contraintes de la géographie et de la démographie tant générale que médicale et ne pas rompre des équilibres fragiles »*.

Il poursuit en rappelant que *« le préfet doit arrêter la sectorisation et la mettre à jour en fonction des besoins effectifs de la population et la capacité des médecins à y répondre (article R 6315-1 du code de la santé publique) sans interférence de critères purement comptables »*.

Par ailleurs, 77% des CDOM assurent travailler avec des tableaux de garde complets. Le pourcentage de volontaires est supérieur à 60% dans 81% des départements (**Carte n°4**).

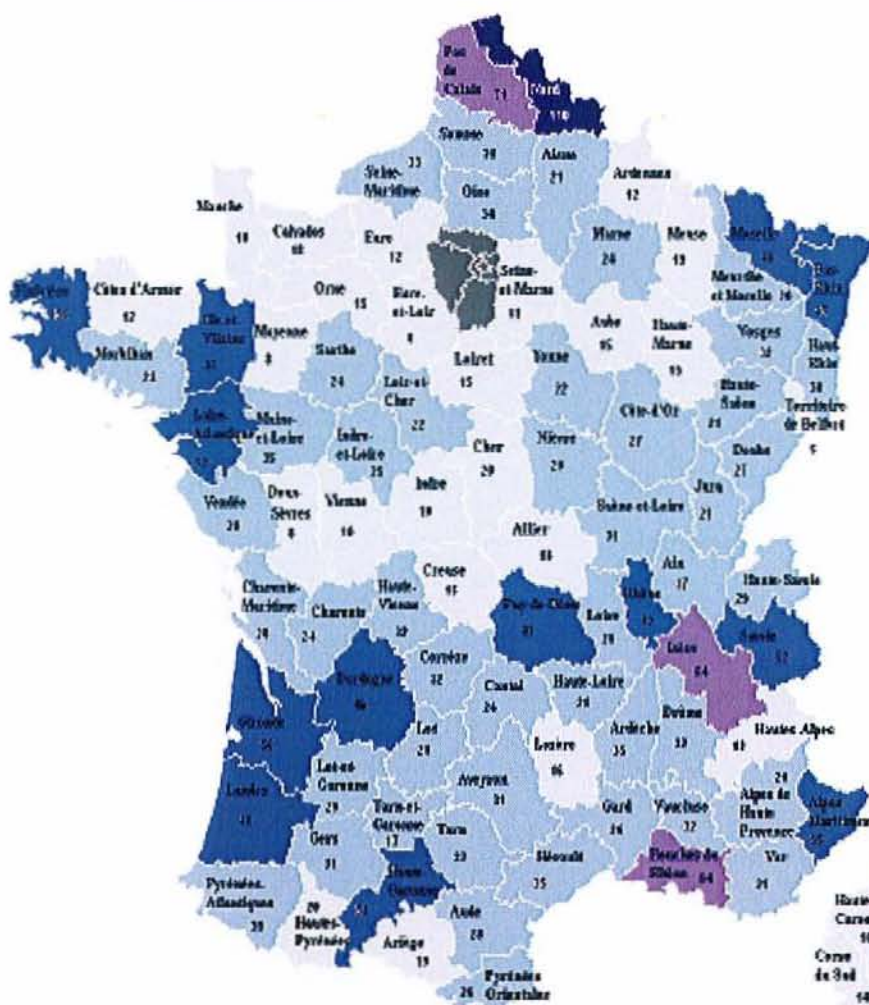
Le rapport indique que 41% des départements ont dû procéder à une réquisition préfectorale en rapport avec une baisse du volontariat.

Concernant la régulation libérale, elle est présente dans 95 départements. Seuls les départements de l'Aveyron, de la Corrèze, du Cantal et de la Haute-Corse ne disposent pas d'un tel dispositif.

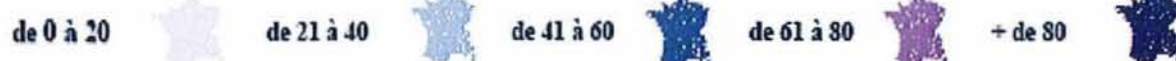
De plus, dans 86 départements, la régulation donne satisfaction aux médecins

Pour conclure, même si le CNOM salue l'investissement des médecins libéraux dans la PDS, il reconnaît que le système reste fragile d'une part en raison des problèmes de démographie médicale et du risque de non couverture de certains cantons et, d'autre part, par la multiplication du recours au médecin de garde pour la pratique d'actes médico-administratifs comme les gardes à vue.

LA SECTORISATION DE LA PERMANENCE DES SOINS AU 1^{er} JANVIER 2008 - (2696 SECTEURS)

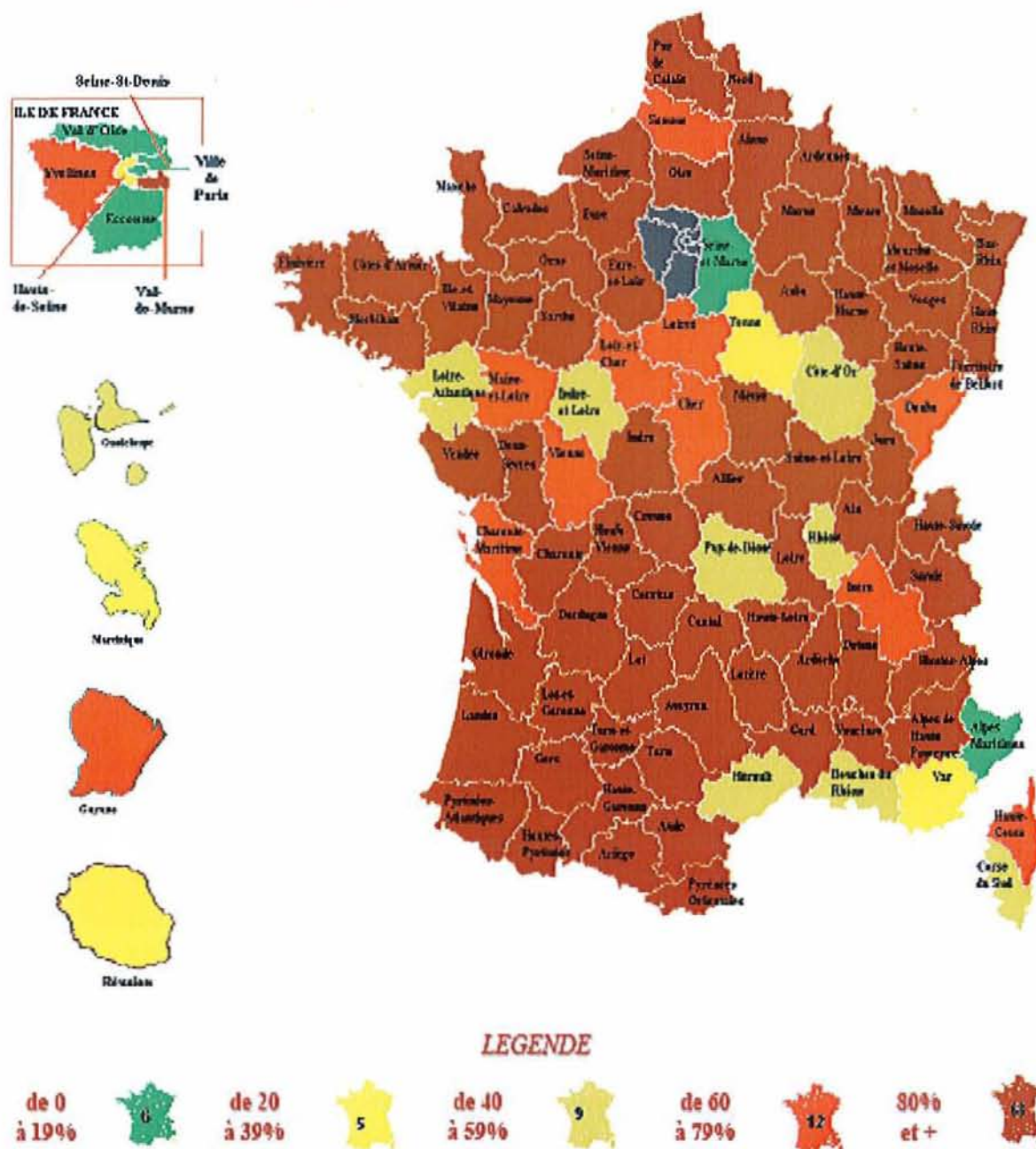


LEGENDE



Carte n°3 : Sectorisation de la PDS au 01 janvier 2008

LA PARTICIPATION DES MÉDECINS GÉNÉRALISTES À LA PERMANENCE DES SOINS AU 1^{ER} JANVIER 2008



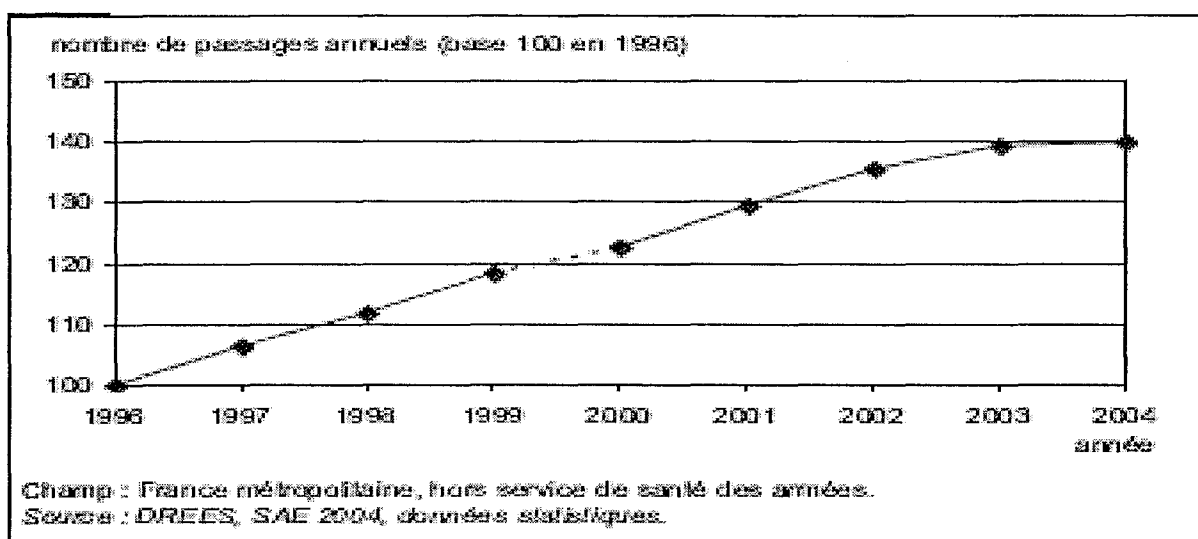
Carte n°4 : Carte de la participation des généralistes à la PDS au 01 janvier 2008

3.3.4 Une accentuation objective du recours aux structures d'urgences.

Il est tout à fait imaginable que les patients fassent le choix de se rendre vers les structures hospitalières d'accueil des urgences par exemple quand ils ne parviennent pas à joindre le régulateur en raison de délais d'attente trop long ou encore lorsqu'ils ne sont pas satisfaits de la réponse apportée par le régulateur.

Le Dr Grall dans son rapport sur l'évaluation de la PDS (50) s'est penché sur ce problème et a conclu que « *cet aléa (de la PDS) crée le doute dans la population, induisant une orientation ou un recours spontané vers les structures d'urgences* ».

Depuis une dizaine d'années, les structures hospitalières d'accueil des urgences connaissent une très forte augmentation de leur fréquentation. Entre 1996 et 2004, l'augmentation moyenne annuelle est de l'ordre de 4% (graphique n°31). Ainsi, en 2004, on a recensé 14 millions de passages aux Services d'Accueil des Urgences en France (52).



Graphique n°31 : Evolution du nombre de passages annuels aux urgences

En 2005, malgré un léger ralentissement, on a constaté une augmentation des passages aux urgences de 3 à 3,5% (53).

Dans certaines régions, on note des progressions très importantes du nombre de passages en particulier les nuits de semaines et de week-ends. Par exemple, en 2006, dans le Midi-

Pyrénées les Services d'Accueil des Urgences ont connu une progression des passages nocturnes (00h à 08h) de 6,2% (53).

L'impact du fonctionnement de la régulation libérale sur l'augmentation de l'activité des services d'accueil des urgences est possible. Cependant, en est-il la seule explication ? Ne peut-on pas dire plutôt que cette explosion de fréquentation est la conséquence d'une modification de comportement de la population dont le recours aux structures d'urgences sans avance de frais et sans régulation préalable est devenu beaucoup plus facile et plus systématique ?

Le Dr Grall, dans le rapport remis en janvier 2007 à Xavier Bertrand, Ministre de la Santé sur l'évaluation du plan urgences 2004-2008 (53), explique qu'une large majorité des patients se présentant spontanément aux services des urgences hospitalières sont classés CCMU 1 ou 2 c'est à dire qu'ils appartiennent à une catégorie de patients où l'état lésionnel est stable mais nécessitant des examens complémentaires (CCMU2) ou non (CCMU 1). Dans certaines régions, les passages classés CCMU 1 ou 2 sont très élevés comme en Ile de France (91%), dans le Languedoc (86%) ou encore en région Midi-Pyrénées.

Pour un certain nombre, le classement en CCMU1 aurait pu en fait être retenu, mais l'effet structure avec les moyens de diagnostics et thérapeutiques mis à disposition a certainement amené à établir des prescriptions d'examens qui n'auraient très certainement pas été décidés en médecine ambulatoire. L'inverse est aussi vrai, puisque plus de la moitié des patients classés CCMU 1 et 2 consultent aux Urgences pour la traumatologie. Par conséquent, ils ne peuvent pas être pris en charge par la médecine ambulatoire. Le Dr Grall conclut « *Ainsi, il n'est pas exact que tous les patients en CCMU1 et 2 pouvaient relever matériellement au moins de la médecine ambulatoire. Par contre, il est certain que ces patients a posteriori ne relevaient nullement d'une prise en charge en urgence.* »

Contrairement à la PDS, l'accès aux services hospitaliers d'accueil des urgences n'est pas régulé. L'IGAS reconnaît dans son rapport de 2006 que « *dans le contexte de tarification à l'activité, les gestionnaires d'établissements de santé ne voient d'ailleurs pas forcément cet apport de recettes d'un mauvais œil, d'autant qu'à cette période de nuit les équipes sont rarement surchargées* » (49).

3.3.5 Améliorations possibles de la régulation libérale Vosgienne.

- **Compte rendu écrit et succinct du médecin de garde pour le médecin traitant**
après une consultation nécessitant une attention particulière. Le médecin de garde y mentionnerait son examen clinique, son diagnostic et sa prescription médicale. Cette trace écrite contribuerait à éviter la perte d'informations parfois capitales et nécessaires pour la prise en charge ultérieure du patient.
- **Amélioration de la pertinence des décisions grâce à la mise en place de groupes de pairs** : Depuis 2008, deux groupes de pairs ont vu le jour au sein de l'ASSUM88. Il s'agit de deux groupes de six à huit médecins qui se réunissent tous les deux mois et qui discutent de cas cliniques réellement régulés et tirés au sort. L'objectif de ces réunions est d'élaborer des consensus et des conduites à tenir conformes aux recommandations scientifiques actuelles, afin d'améliorer la prise en charge des patients.
- **Plus de moyens logistiques et humains** : les périodes avec des pics d'activité, comme par exemple le dimanche matin, posent problème. En effet, la surcharge d'appels provoque des temps d'attentes trop longs. Le recrutement d'un troisième médecin régulateur libéral venant en renfort pendant ces périodes pourrait améliorer la situation. L'augmentation des effectifs médicaux va de paire avec l'augmentation du nombre de PARM dédiées à la régulation libérale.
- **Création d'un journal « Régul'info »** : Ce journal constituera un échange et un lien entre les régulateurs libéraux et hospitaliers et les effecteurs (médecin de garde et équipes du SMUR).
- **Gratuité du numéro d'appel et numéro national à quatre chiffres ?** Il serait plus simple à retenir que celui à dix chiffres. Plusieurs départements ont déjà adopté un numéro à 4 chiffres (ex : le 3966 en Franche-Comté).

- Une meilleure cohérence entre pharmacies et médecins de garde : La multiplication des déplacements pour consulter au cabinet de garde puis pour se rendre à la pharmacie de garde est une gêne pour les patients. Une meilleure logistique territoriale entre médecin et pharmacie de garde serait appréciable pour les patients.

3.3.6 Conclusion sur les difficultés de la régulation libérale.

Les différents rapports émis ces dernières années mettent en avant les limites du dispositif actuel de la PDS. Le rapport Grall propose une refonte complète du système avec comme unique objectif « *un dispositif pérenne, efficient, fiable et lisible permettant de répondre de façon adaptée à la demande non programmée de soins ou d'avis médical de la population sur l'ensemble du territoire.* » (50). Pour le CNOM, certes la PDS est confrontée à de nouvelles difficultés, mais il ne faut pas généraliser (51). La PDS fonctionne très bien dans une majorité des départements.

Il existe une opposition assez marquée entre la PDS en milieu rural et celle en milieu urbain (53). Le dispositif en zone rural fonctionne très bien dans la plupart des départements. Les médecins ruraux sont solidaires et se sentent très concernés par la question de la PDS en y participant activement. Par contre, c'est en ville que la PDS est mise à mal. Le désengagement des médecins en seconde partie de nuit est plus marqué avec un report des consultations vers des structures de type SOS médecins ou Service d'Accueil des Urgences.

Le département des Vosges est un des nombreux exemples en France de l'implication remarquable des généralistes dans le bon déroulement de la PDS.

Tous les médecins installés dans le département sont inscrits sur le tableau de garde avec une absence de difficultés majeures dans l'élaboration des listes de gardes. Il n'existe pas de « zones blanches » pendant la PDS. Depuis 2003, aucune réquisition n'a été prononcée dans les Vosges.

De plus, notre enquête de satisfaction démontre que les médecins libéraux sont très attachés à ce système même si il mérite quelques améliorations notables.

Le développement des Maisons Médicales de Garde en ville avec accès régulé dans le département et la mutualisation des secteurs peuvent être des pistes à privilégier pour pérenniser la PDS dans le département.

3.4 Perspectives d'avenir.

3.4.1 Les MMG ont-elles un avenir dans le département ?

3.4.1.1 Le rapport sur les MMG de Juillet 2006.

En juillet 2006, le Dr Jean-Yves GRALL remet au Ministre de la Santé son rapport sur les maisons médicales de garde pour lequel il a été missionné (54). Les MMG se définissent comme « *des lieux fixes déterminés de prestations de médecine générale, fonctionnant uniquement aux heures de la PDS et assurant une activité de consultation médicale non programmée.* ».

Le rapport met en avant les avantages de ces structures d'accueil de soins non programmés au cours de la PDS qui permettraient « *de ré-impliquer les médecins libéraux dans la PDS, une meilleure prise en charge de la filière de soins non programmés en déchargeant les services d'urgences hospitaliers, de contribuer à la re-médicalisation des zones rurales.* ».

Les MMG permettent aux médecins de se regrouper sur un lieu commun pour effectuer cette mission de service public et d'examiner les patients dans de bonnes conditions de sécurité. Les MMG ont également un rôle « éducatif » pour la population qui réapprend à venir consulter dans un cabinet au lieu de bénéficier de visites systématiques au domicile (54).

3.4.1.2 L'organisation et le fonctionnement des MMG.

Au 1^{er} juillet 2008, il existait environ 300 MMG sur l'ensemble du territoire (55). Toutefois, leur implantation est très variable d'une région à l'autre. Leur pilotage et leur financement sont très diversifiés (MRS, conseil général, commune,...) (56).

➤ L'évaluation du besoin d'une MMG doit prendre en compte plusieurs facteurs :

- ✓ Les besoins de soins constatés pendant les périodes de la PDS ;
- ✓ L'importance de l'offre hospitalière locale ;
- ✓ Le mode de fonctionnement et la localisation des SAU.

➤ L'implantation d'une MMG doit répondre à un cahier des charges précis :

- ✓ Le bassin de population couvert ;
- ✓ Le rayon d'action : maximum 35km de distance en zone rurale ;
- ✓ Le nombre de médecins susceptibles de participer. Un minimum de trente médecins semble nécessaire pour assurer le bon fonctionnement de la MMG. Dans certaines zones rurales, le nombre minimal de médecins doit être étudié au cas par cas.

Les MRS recommandent que les MMG soient situées dans l'enceinte d'un hôpital, à proximité du SAU en zone urbaine et proposent leur installation au sein d'une structure hospitalière locale ou d'une EHPAD, par exemple, en zone rurale. Leur accès est conditionné par une régulation téléphonique préalable. Les horaires d'ouverture sont habituellement de 20h à 00h la semaine. Les horaires de week-end sont variables et dépendent de l'organisation et des effectifs de chaque MMG.

Le FIQCS finance la plupart des MMG mais dans certaines régions, les fonds sont appelés à diminuer, mettant en danger le bon fonctionnement de certaines MMG (57).

3.4.1.3 Qu'en est-il dans les Vosges ?

Il n'existe qu'une seule MMG dans le département des Vosges. La Maison Spinalienne de Garde a été créée en juin 2005 et est gérée par le SPUS. Elle est financée par le FIQCS. Cette MMG se situe dans l'enceinte du CHG Jean Monet, dans les locaux de l'IFSI. Elle ne suscite guère l'intérêt des médecins du secteur qui l'utilisent peu (difficultés de localisation par les

patients, problèmes d'insécurité nocturne,...). Le transfert de cette MMG dans une ancienne clinique au centre ville rachetée par le CHG d'Epinal est prévu.

Sa distance par rapport au SAU lui permettra d'être strictement régulée et de ne pas servir de service d'accueil des urgences « bis ».

Malgré tout, la MMG risque de servir de point d'appel pour les patients difficilement régulables et donc d'être inflationniste au niveau des actes.

La centralisation des soins dans un point fixe de consultations peut être une piste intéressante pour favoriser le maintien de la PDS dans les zones rurales malgré le peu d'actes. On pourrait, par exemple, regrouper un ou plusieurs secteurs et implanter une MMG au centre pour faciliter l'accès à tous les usagers. Les maisons de retraite ou les EHPAD pourraient être sollicitées mais tous les médecins de garde ruraux ne sont pas forcément disposés à faire une garde dans un local éloigné de leur domicile. Ce dispositif pourrait également inciter des jeunes médecins à venir s'installer à la campagne.

Dans d'autres régions, les MMG occupent une place de premier choix comme par exemple en Haute-Normandie où neuf MMG ont été créées depuis 2001 (58). Ces MMG couvrent 55% de la population et effectuent la majeure partie de leurs actes les soirs de semaine et les week-ends en ville (jusqu'à 95% au Havre.) contribuant au désengorgement des Services d'Urgence. D'après une enquête de l'URCAM Haute-Normandie, ces MMG sont perçues comme très favorables non seulement dans la population mais aussi chez les médecins qui constatent une amélioration de leurs conditions de travail. Sur le plan économique, le paiement au forfait contribue à réduire significativement les coûts de la PDS dans la région. Les MMG s'avèrent donc être un outil probant en particulier en milieu urbain où l'activité est suffisante.

3.4.2 La réorganisation dans le département de la sectorisation et de la « nuit profonde ».

3.4.2.1 La réduction du nombre de secteurs.

L'arrêt du 22 décembre 2007 portant approbation de l'avenant n°27 précise les modalités de re-sectorisation des départements (44). Désormais, les médecins pourront être rémunérés dès

le samedi midi à condition que soit appliquée une réduction du nombre de secteurs de garde dans leur département.

Le nombre de secteurs pour le département des Vosges doit passer ainsi de 32 secteurs à 18 secteurs selon des directives officielles.

Les généralistes vosgiens reconnaissent que face aux difficultés démographiques la réduction du nombre de secteurs est nécessaire. Par contre, il est très difficile d'appliquer les directives du gouvernement qui ne tiennent pas compte de la géographie et de la densité médicale du département.

Par exemple, la fusion de deux secteurs montagneux ne pourra que retarder la prise en charge du patient et accentuera la pénibilité de la garde.

La nouvelle carte de sectorisation est actuellement en cours d'élaboration. En tenant compte de la répartition des médecins, de l'âge des médecins, de l'emplacement des centres hospitaliers et des EPHAD et des axes de circulation, une étude de l'ASSUM88 a permis une modélisation sectorielle à 19 secteurs.

3.4.2.2 La suppression de l'astreinte en « nuit profonde » pour les effecteurs

Comme nous l'avons vu ci-dessus, l'activité nocturne des médecins effecteurs est très faible, surtout en « nuit profonde », soit de 00h à 08h, puisque seulement un acte est effectué chaque nuit dans tout le département. Cette faible activité a un coût relativement élevé.

Par conséquent, on peut réfléchir sur l'intérêt de poursuivre l'astreinte de nuit de 00h à 08h pour les médecins effecteurs. Cette suppression de l'astreinte en « nuit profonde » est déjà effective dans certains départements. Elle est en cours d'étude dans les Vosges.

Cependant ce projet suscite quelques interrogations :

- Quelle prise en charge de certaines urgences éloignées d'une équipe SMUR où le médecin de garde pouvait servir de relais en attendant l'arrivée du SMUR ?
- Quelle conduite à tenir lors d'un constat de décès à domicile qui reste avant tout un acte médical clinique, un acte médico-légal et surtout un acte profondément humain ?

- Quelle prise en charge des patients difficilement transportables aux Urgences pour une consultation de nuit (personnes âgées, grabataires, fin de vie, nouveau-nés,...) ?

CONCLUSION

La régulation libérale des appels joue un rôle capital dans le bon déroulement de la PDS dans les Vosges.

Depuis sa mise en place, elle a atteint en trois ans sa pleine efficacité pour se stabiliser à 30-35 000 appels par an. Ceci témoigne de la nécessité d'une régulation faite par des généralistes pour répondre aux besoins de la population.

Cette régulation doit garantir une réponse médicale de qualité et adaptée à chaque situation tout en améliorant la qualité de vie du médecin au cours de sa garde.

Ce dernier objectif semble atteint. En effet, selon notre enquête, la grande majorité des médecins vosgiens ont recours au dispositif de régulation et ressentent une amélioration de leur qualité de vie. Même s'ils constatent quelques dysfonctionnements, notamment sur la façon de réguler, ils restent très tolérants et compréhensifs auprès de leurs confrères car ils savent que la régulation n'est pas un exercice facile.

Dans d'autres départements, comme en Côte d'Or ou en Meurthe-et-Moselle, le constat est identique : la régulation libérale apporte un progrès significatif dans la qualité de vie des médecins.

Malgré ce constat plutôt positif et encourageant dans les Vosges, le dispositif actuel reste fragile. Des rapports récents remis au Ministre de la Santé, en particulier ceux du Dr GRALL et de l'IGAS, jugent « *aléatoire, instable et fragile* » l'organisation actuelle de la PDS. Ils préconisent un fonctionnement plus lisible et efficient pour garantir à l'ensemble de la population une réponse médicale adéquate.

La pénurie de médecins, la désertification des campagnes et le coût croissant du dispositif fragilise la pérennité de la PDS dans les Vosges. On s'oriente donc vers une réduction du nombre de secteurs ou encore vers la suppression de l'astreinte de « nuit profonde ».

Néanmoins, La PDS continue à bien fonctionner dans les Vosges : il n'existe pas de « zones blanches » sans médecin de garde, l'ensemble des généralistes y participent et sont pleinement satisfaits du fonctionnement de la régulation.

Une chose est sûre, la régulation libérale est une avancée considérable pour assurer le maintien de la PDS dans le département. Mais pour combien de temps encore ?

De nombreux facteurs extérieurs à la PDS comme l'évolution de la société et du consumérisme médical, de la démographie médicale, du choix des futurs médecins pour la pratique de la médecine générale auront un impact majeur sur le devenir de la PDS.

BIBLIOGRAPHIE

1. Décret n° 2003-880 du 15 septembre 2003 relatif aux modalités d'organisation de la permanence des soins et aux conditions de participation des médecins à cette permanence et modifiant le code de la santé publique. *Journal Officiel*. p 15863.
2. INSEE. (2005) Estimation de population au 1er janvier 2005. [en ligne] *disponible sur* http://www.insee.fr/fr/recensement/nouv_recens/resultats/resultats-departements.htmINSEE
3. INSEE LORRAINE. (2003) La lorraine face à son avenir. Décembre 2003. 8 p. [en ligne] *disponible sur* : http://www.insee.fr/fr/insee_regions/lor/rfc/docs/SRADT-8pagesN%C2%B011.pdf
4. Fédération Nationale des Observatoires Régionaux de Santé FNORS (2005). ANNUAIRE NATIONAL 2005 : dispositifs de prise en charge des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou de maladies apparentées vivant à domicile et dispositifs d'aide à leurs aidants , 984p. <http://www.orsas.fr/documents/medericlor05.pdf>
5. ORSAS Lorraine. (2005) Synthèse du diagnostic sur la santé et l'offre de soins du territoire Lorraine-Sud. Décembre 2005. 12 p. [en ligne] *disponible sur* : <http://diagnostic.orsas.fr/prsp/sros/lorsud/LorraineSud.pdf>
6. Source DRASS au 01 janvier 2008.
7. CNOM. (2008) Atlas de la démographie médicale en France. Situation au 1^{er} janvier 2008. 164p. [en ligne] *disponible sur* : <http://www.week-endb.ordre.medecin.fr/demographie/atlas2008.pdf>
8. SICART D. (2002) Projections médecins 2002-2020. *Ministère de l'emploi et de la solidarité. N°30 Février 2002*. [en ligne] *disponible sur* : <http://www.sante.gouv.fr/drees/seriestat/pdf/seriestat30.pdf>

9. Préfecture des Vosges. (2005) Cahiers des charges de la Permanence des Soins en médecine ambulatoire du département des Vosges. [en ligne] *disponible sur* : <http://www.vosges.pref.gouv.fr/fichiers/sante-environnement/cahierdeschargesVOSGES2005.pdf?idRubrique=6>
10. BERLAND Y. (2005) Commission Démographie médicale. Avril 2005. *Ministère des solidarités, de la santé et de la famille*. 64 p. [en ligne] *disponible sur* : http://www.sante.gouv.fr/htm/actu/berland_demomed/rapport.pdf
11. Ministère de la Santé. (2007) Communiqué de Presse du 14 mars 2007. 1 p. [en ligne] *disponible sur* : http://www.sante.gouv.fr/htm/actu/31_070314b.pdf
12. CNOM. (2006) Démographie médicale française. Situation au 1^{er} janvier 2006. 37 p. [en ligne] *disponible sur* : <http://www.week-endb.ordre.medecin.fr/demographie/etude39.pdf>
13. MOREL P. (2004) Réforme de l'internat : le chantier de la médecine générale. *Le Concours Médical*, 11 février 2004 ; 126-05 : pp 286-287.
14. BILLAUD A. (2005) Les affectations en troisième cycle des études médicales en 2005 suite aux épreuves nationales classantes. *DRESS, Etudes et Résultats n°474*. Mars 2006. 8 p. [en ligne] *disponible sur* : <http://www.sante.gouv.fr/drees/etude-resultat/er474/er474.pdf>
15. BOUET P. (2003) Liberté d'installation, liberté d'exercice. Quelle médecine pour quels médecins ? Juin 2003. 46p. *CNOM* [en ligne] *disponible sur* : <http://www.week-endb.ordre.medecin.fr/rapport/rapportdudr.bouet.pdf>
16. CNOM. (2007) Rapport de la commission Jeunes Médecins. Juin 2007. 25 p. [en ligne] *disponible sur* : <http://www.week-endb.ordre.medecin.fr/rapport/commissionjeunesmedecins2007.pdf>
17. TRANTHIMY L. (2005) La féminisation accroît la pression démographique. *Impact Médecine* 03/03/2005 ; 110.

18. KAHN-BENSAUDE I. (2005) La féminisation, une chance à saisir. *CNOM*. 38 p.
[en ligne] *disponible sur* :
<http://www.week-endb.ordre.medecin.fr/rapport/feminisation2005.pdf>
19. ASTRUC B. (2002) La féminisation d'une profession s'accompagne t'elle d'une pratique spécifique ? A propos d'une enquête menée auprès de femmes généralistes en Ille-et-Vilaine.-83p. Th : Méd : Rennes : 2002 ; 40.
20. BELARD C., DOAN B.D.H, DUVETOT J.Y, TRAN VAN THINH (1989) Les femmes médecins, leur pratique, leurs difficultés. *Le Concours Médical* 1989 ; 19 : pp 1626-1631.
21. COUFFINHAL A, MOUSQUES J. (2001) La démographie médicale française : état des lieux. *Questions d'économie de la santé*. 2001 ; 4.Source CDOM des Vosges.
22. URCAM Lorraine. [en ligne] *disponible sur* : http://www.lorraine.assurance-maladie.fr/CaroS-nte.carto_lorraine1030.0.html.
23. Décret n°2003-1140 du 28 novembre 2003 relatif à la détermination des zones déficitaires en matière d'offre de soins en vue de l'attribution des aides à l'installation des médecins généralistes.
24. URCAM Lorraine. (2005) Avenant A, arrêté n°22/05 du 12 décembre 2005 [en ligne] *disponible sur* : http://www.lorraine.assurance-maladie.fr/fileadmin/LORRAINE/publications/demographie/avenant_A_01.pdf
25. Code de la Santé Publique. Article L6315-1.
26. UNOF. (2001) La lettre hebdomadaire de l'UNOF ; n°88. 25 octobre 2001. [en ligne] *disponible sur* : <http://www.unof.org/spip.php?article63>
27. DESCOURS C. (2003) Rapport du groupe de travail opérationnel sur la PDS. 22 janvier 2003 Ministère de la santé. 20p.

28. Décret n°2005-328 du 7 avril 2005 relatif aux modalités d'organisation de la permanence des soins et aux conditions de participation des médecins à cette permanence et modifiant le code de la santé publique. *Journal Officiel*.
29. Arrêté du 12 décembre 2003 relatif au cahier des charges type fixant les conditions d'organisation de la permanence des soins en médecine ambulatoire.
30. Ministère de la Santé (2003) Circulaire DHOS/01 587-2003 du 12 décembre 2003 relative aux modalités d'organisation de la permanence des soins en médecine ambulatoire.
31. Avenant n°4 à la convention nationale des médecins conclu entre l'Union Nationale des Caisses d'Assurance Maladie et les représentants des médecins libéraux. *Journal Officiel n°126, 01 juin 2005, p9765*. [en ligne]
32. CNOM (2003). Article 77 du code de déontologie. [en ligne] *disponible sur* : <http://www.conseil-national.medecin.fr/index.php?url=deonto/article.php&id=79>
33. Décret n° 2003-881 du 15 septembre 2003 modifiant l'article 77 du décret n° 95-1000 du 6 septembre 1995 portant sur le code de déontologie.
34. Décret n° 2003-880 du 15 septembre 2003 relatif aux modalités d'organisation de la permanence des soins et aux conditions de participation des médecins à cette permanence et modifiant le code de la santé publique. Article R732. *Journal Officiel*.
35. DE LA COUSSAYE J.E (2003) Les urgences pré-hospitalières. Paris : Masson, 2003.- 216 p.
36. ASSUM 88. Statuts officiels.
37. FICHEUX D. (2005) PDS, voyage au cœur de la régulation. *Panorama du Médecin*, 09 mai 2005 ; 4975 : pp 18-22

38. URCAM Lorraine. [en ligne] *disponible sur* : <http://www.lorraine.assurance-maladie.fr/Qualite-et-coordination-soins.40355.0.html>
39. DORE C. (2006) Je régule pour soulager mes confrères ruraux. *Impact Médecine*, 06 avril 2006 ; 156.
40. TRANTHIMY L. (2007) Régulation : choisir entre trois statuts. *Impact Médecine*, 31 mai 2007, 203, p 22.
41. DEAU X. (2004) L'activité médicale téléphonique auprès du patient : Peut-on admettre la prescription téléphonique et à quelles conditions ? Octobre 2004. CNOM 4 p. [en ligne] Disponible sur : <http://www.web.ordre.medecin.fr/rapport/activitemedicaletelephonique.pdf>
42. Décret n° 2003-880 du 15 septembre 2003 relatif aux modalités d'organisation de la permanence des soins et aux conditions de participation des médecins à cette permanence et modifiant le code de la santé publique. Article R734. *Journal Officiel*.
43. URCAM Lorraine. « Le bon usage du 15 » [en ligne]
44. Ministère de la Santé (2007) Arrêté du 21 décembre 2007 portant approbation de l'avenant n°27 à la convention nationale des médecins généralistes et des médecins spécialistes. [en ligne]
45. GENDRE J. (2005) Evaluation de la régulation des appels de la permanence des soins en Côte-d'Or par une triple enquête de satisfaction.-72p. Th : Méd : Dijon : 2005 : 88
46. ARCHAMBAULT V. (2005) Mise en place d'un centre de régulation des appels de médecine générale en Meurthe-et-Moselle.-176p. Th : Méd : Nancy 1 : 2005 ; 56
47. WERTS P. (2007) La permanence des soins dans la Meuse en 2005. Impact d'une régulation médicale sur l'activité de garde.-113p. Th : Méd : Nancy 1 : 2007 ;

48. LAURIER D. (2004) Un médecin régulateur poursuivi pour homicide involontaire. *Le Concours Médical*, 21avril 2004 ; 126-15 : p 860.
49. IGAS. (2006) Evaluation du nouveau dispositif de permanence des soins en médecine ambulatoire. Mars 2006. 140 p.
50. GRALL J.Y (2007) Mission de médiation et propositions d'adaptation de la permanence des soins. Juillet 2007. *Ministère de la santé, de la jeunesse et des sports*. 46 p. [en ligne] *disponible sur* : http://www.sante.gouv.fr/htm/actu/grall_jy/rapport.pdf
51. CNOM. (2008) Enquête du conseil national de l'ordre des médecins sur l'état des lieux de la Permanence des soins en janvier 2008. 32p. [en ligne] *disponible sur* : <http://www.web.ordre.medecin.fr/actualite/pdsquestionnaire2008.pdf>
52. CARRASCO V. (2007) L'activité des services d'urgences en 2004. *DRESS. Etudes et Résultats*, n°524, Septembre 2006. 8 p. [en ligne]
53. GRALL J.Y (2007) Evaluation du plan urgences 2004-2008. Janvier 2007. *Ministère de la Santé*. 33p. [en ligne]: http://www.sante.gouv.fr/htm/actu/evaluation_planurgences/rapport.pdf
54. GRALL J.Y (2006) Les maisons médicales de gardes. Juillet 2006. *Ministère de la santé et des solidarités*. 51p. [en ligne] (53)
55. Les Premières rencontres de la Permanence des Soins. (1 :2008 : Lyon)
56. CHOUX K. (2006) La permanence des soins ambulatoires dans le département des Vosges. -134p. Th : Méd. : Nancy 1 : 2007 ; 26.
57. LE BORGNE C. (2005) Sortie de route pour la maison médicale de garde de la Rochelle. *Le Concours Médical*, 07 décembre 2005 ; 127-38 : 2195

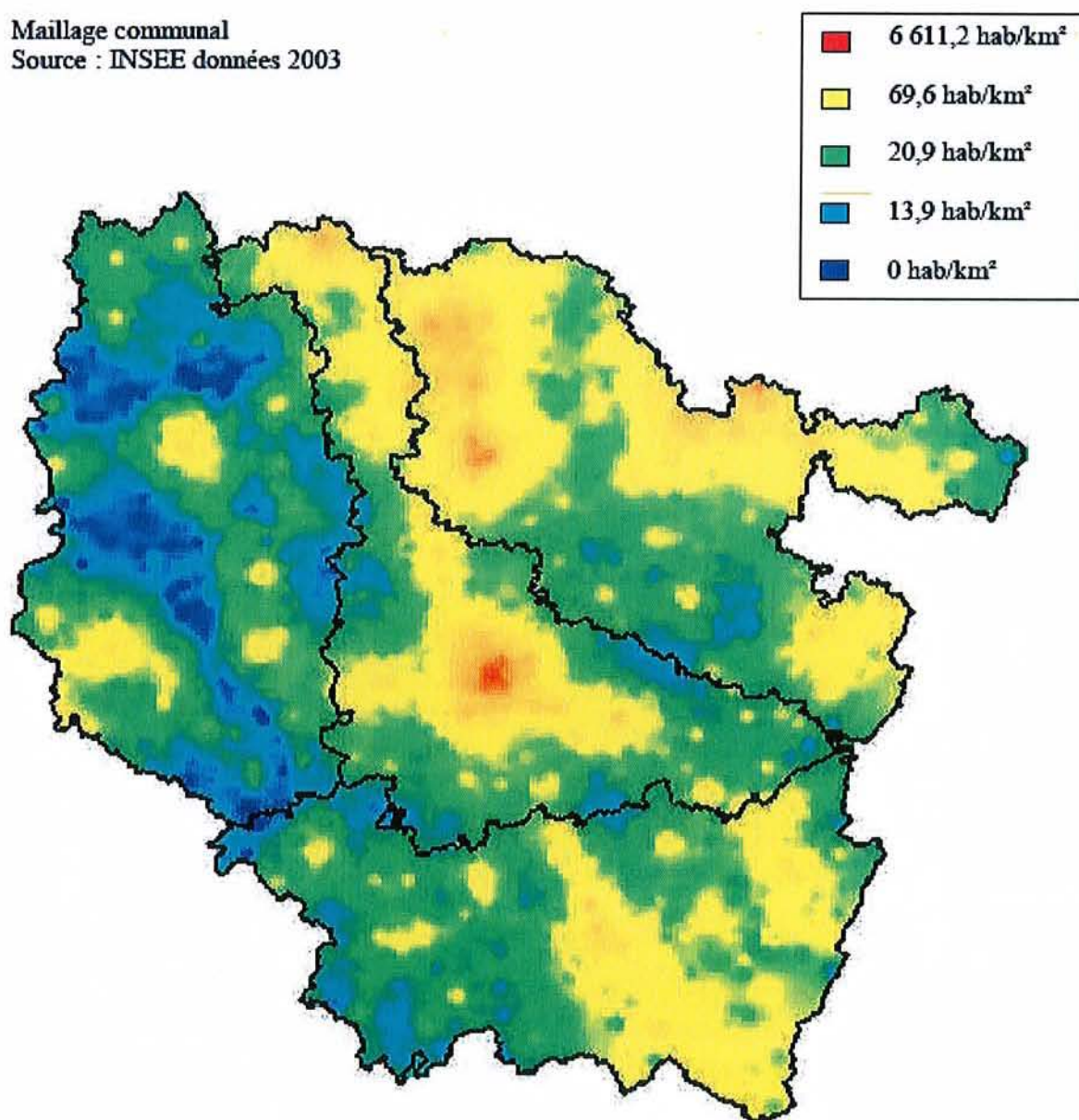
58. URCAM Haute-Normandie (2006) Maisons Médicales de Garde et Régulation Libérale : à l'heure du bilan. Décembre 2006. 4p. [en ligne] disponible sur : <http://www.haute-normandie.assurance-maladie.fr/fileadmin/HAUTE-NORMANDIE/actualites/hautenormandiesante23dossier.pdf>

ANNEXES

ANNEXE N°1 : Densité de la population Lorraine

Densité de la Population Lorraine En nombre d'habitant au km²

Maillage communal
Source : INSEE données 2003



ANNEXE n°3: COMPARAISON DE L'ACTIVITE PAR SECTEUR ENTRE 2006 ET 2007 D'APRES LES CHIFFRES DE LA CPAM

Secteurs	Nb de MG pool de garde	Nb de communes	Nb d’habitants	Nb de gardes/MG	Nb de MG/1000 habitants	Actes de nuits CPAM					Nb d’actes/mois par secteur
						CRN	VRN	CRM	VRM	TOTAL	
						20h-00h et 06h-08h		00h-06h			
Anould/Fraize/Plainfaing	8	9	13511	6-7	0.59	24	26	1	15	66	5.5
						16	16	3	15	50	4.2
Arches	9	15	13639	5-6	0.66	19	25	1	7	52	4.3
						12	15	2	10	39	3.3
Bains les Bains/Xertigny	8	19	13869	6-7	0.58	18	14	4	9	45	3.8
						20	14	2	4	40	3.3
Ban de Laveline/Provenchères	4	16	5476	13-14	0.73	2	1	0	1	4	0.3
						2	1	0	0	3	0.3
Bruyères/Brouvelieures	11	21	9533	4-5	1.15	43	35	6	15	99	8.3
						24	26	2	10	62	5.2
Bulgneville	3	22	4460	17-18	0.67	16	23	1	15	55	4.6
						17	25	2	10	54	4.5
Charmes/Châtel	16	33	17639	3-4	0.91	30	27	6	23	86	7.2
						26	37	5	15	83	6.9
Corcieux	3	8	4216	17-18	0.71	0	3	0	0	3	0.25
						0	2	0	2	4	0.33
Darney/Monthureux	7	28	7216	7-8	0.97	5	21	0	8	34	2.8
						8	17	0	6	31	2.6
Dompaire	9	28	12195	5-6	0.74	10	17	0	5	32	2.7
						8	6	3	5	22	1.8
Epinal/Deyvillers	46	10	50663	1-2	0.91	15	126	2	47	190	15.9
						14	77	3	38	132	11
Gérardmer	10	6	12966	5-6	0.77	21	26	0	9	56	4.7
						17	16	2	8	43	3.6
Granges/Vologne	2	8	4552	27-28	0.44	17	20	2	8	47	3.9
						10	11	1	8	30	2.5
La Bresse	5	1	4928	10-11	1.02	11	17	3	6	27	2.3
						8	4	2	2	16	1.3

ANNEXE n°3: COMPARAISON DE L'ACTIVITE PAR SECTEUR ENTRE 2006 ET 2007 D'APRES LES CHIFFRES DE LA CPAM

Secteurs	Nb MG pool de gardes	Nb de communes	Nb d'habitants	Nb de gardes/MG	Nb de MG/1000 habitants	Actes de nuit CPAM					Nb d'actes/mois par secteur
						CRN	VRN	CRM	VRM	TOTAL	
						20h-00h et 06h-08h		00h-06h			
Lamarche	3	21	4475	17-18	0.67	1	3	0	2	6	0.5
						0	2	0	0	2	0.17
Le Thillot	11	6	12376	4-5	0.89	27	23	4	16	70	5.8
						20	29	2	10	61	5.1
Liffol le Grand/Neufchateau	17	38	17463	3-4	0.97	10	29	1	6	46	3.8
						9	13	2	14	38	3.2
Mirecourt	10	42	13461	5-6	0.74	18	38	2	17	75	6.3
						16	27	0	16	59	4.9
Plombières/Val d'Ajol	7	3	6631	7-8	1.06	12	15	0	13	40	3.3
						3	15	0	7	25	2.1
Rambervillers	9	40	15396	5-6	0.59	59	35	12	14	120	10
						43	27	11	10	91	7.6
Raon l'Etape	8	6	8266	6-7	0.97	23	48	1	20	92	7.7
						15	30	3	15	63	5.3
Remiremont	15	5	19334	3-4	0.78	18	23	2	14	57	4.8
						8	19	0	8	35	2.9
Rupt Sur Moselle	4	2	4491	13-14	0.89	10	7	1	5	23	1.9
						5	13	0	5	23	1.9
Saint Amé	7	7	9754	7-8	0.72	16	18	3	6	43	3.6
						16	16	2	10	44	3.7
Saint Dié	27	7	28226	2-3	0.96	25	82	5	33	145	12.1
						26	58	3	25	112	9.3
Saulxures sur Moselotte	6	5	9330	5-6	0.64	10	9	2	10	31	2.6
						7	10	1	6	24	2
Senones	7	18	10339	7-8	0.68	19	29	3	11	62	5.2
						12	17	1	11	41	3.4

ANNEXE n°3: COMPARAISON DE L'ACTIVITE PAR SECTEUR ENTRE 2006 ET 2007 D'APRES LES CHIFFRES DE LA CPAM

Secteurs	Nb MG pool de garde	Nb de communes	Nb d'habitants	Nb de garde/MG	Nb de MG/1000 habitants	Actes de nuit CPAM					Nb d'actes/mois par secteur
						CRN	VRN	CRM	VRM	TOTAL	
						20h-00h et 06h-08h		00h-06h			
Saint Michel Sur Meurthe	5	7	6951	10-11	0.72	14	19	3	5	41	3.4
						6	9	0	7	22	1.8
Thaon les Vosges	10	16	15202	5-6	0.66	20	38	4	16	78	6.5
						11	29	3	15	58	4.8
Vicherey/Chatenois	7	47	9653	7-8	0.73	11	9	1	4	24	2
						3	11	0	7	21	1.8
Vittel/Contrexeville	14	21	14151	3-4	0.99	0	2	0	0	2	0.17
						0	2	0	0	2	0.17

Nb MG pool de garde	Nb de communes	Nb d'habitants		Nb de MG/1000 habitants	CRN	VRN	CRM	VRM	TOTAL	Nb d'actes/mois Par secteur
308	515	380362		0.79	537	823	72	373	1805	4.9
					381	593	55	304	1333	3.5

Année 2006

Minimum

Année 2007

Maximum

ANNEXE N°4 : Questionnaire de satisfaction.

Cher confrère,

Je suis Fabrice GROLIER, remplaçant en médecine générale. Je réalise actuellement en collaboration avec le Dr Galliot de Deyvillers, une thèse de médecine générale sur l'évaluation du dispositif MEDIGARDE dans les Vosges au cours de la Permanence des Soins.

Le but de ce travail est de dresser le bilan de la régulation libérale des Vosges après 4 années d'activité et de connaître le degré de satisfaction des généralistes qui y participent en vue d'améliorer son fonctionnement.

Je me permets de vous solliciter pour répondre à ce questionnaire anonyme et je vous serais reconnaissant de bien vouloir me le renvoyer sous 15 jours dans l'enveloppe affranchie ci-jointe.

Dans l'attente de vos réponses, veuillez agréer, cher confrère, mes sincères salutations.

Question n°1 : Quel est votre âge ? : / _ / _ / ans

Question n°2 : Quel est votre sexe ?

☐ Homme

☐ Femme

Question n°3 : Dans quel milieu exercez-vous ?

☐ Rural

☐ Semi-rural

☐ Urbain

Question n°4 : Quel est votre mode d'exercice ? :

☐ Seul

☐ En cabinet de groupe

Question n°5 : Connaissez-vous l'existence du nouveau numéro de téléphone de MEDIGARDE permettant de joindre le médecin régulateur (0820 33 20 20)?

☐ Oui

☐ Non

Question n°6 : Avez-vous mis à disposition de vos patients des supports visuels (affiche, carte-mémo,...) donnant les coordonnées téléphoniques de MEDIGARDE ?

☐ Oui

☐ Non

Question n°7 : Avez-vous recours au système de régulation des appels au cours de vos gardes ?

☐ Chaque fois

☐ De temps en temps

☐ Jamais

Question n°8 : Le mode de fonctionnement de la régulation des appels vous apparaît-il ?

☐ Très satisfaisant

☐ Plutôt Satisfaisant

☐ Peu satisfaisant

☐ Pas du tout satisfaisant

☐ Non concerné

Question n°9 : Quel impact la régulation a-t-elle sur votre qualité de vie quotidienne ?

☐ Très positif

☐ Plutôt positif

☐ Pas d'impact

☐ Plutôt négatif

☐ Très négatif

☐ Non concerné

Question n°10 : Vous ressentez un lien de subordination par rapport au médecin régulateur.

Etes-vous :

☐ Tout à fait d'accord

☐ Plutôt d'accord

☐ Plutôt pas d'accord

☐ Pas du tout d'accord

☐ Sans opinion

Question n°11 : Il vous semble nécessaire que le médecin régulateur soit un médecin généraliste.

Etes-vous :

☐ Tout à fait d'accord

☐ Plutôt d'accord

☐ Plutôt pas d'accord

☐ Pas du tout d'accord

☐ Sans opinion

Question n°12 : Avez-vous déjà rencontré des difficultés avec la régulation ?

☐ Oui

☐ Non

☐ Ne se prononce pas

Si oui, le(s)quelle(s)? Plusieurs réponses possibles :

☐ Actes ou visites non justifiés.

☐ Mauvaise évaluation de la gravité de la situation.

☐ Difficultés relationnelles avec le régulateur.

☐ Autres :

.....
.....
.....

Question n°13 : Vous est-il déjà arrivé d'effectuer une « contre-régulation » ?

☐ Oui

☐ Non

☐ Ne se prononce pas

Si oui, pour quelle(s) raison(s)? Plusieurs réponses possibles :

☐ Dialogue impossible avec le régulateur.

☐ Désaccord avec la prise en charge proposée par le régulateur

☐ Autres :

.....
.....
.....

Question n°14 : Quel retour avez-vous de vos patients concernant MEDIGARDE?

☐ Très satisfaits

☐ Plutôt satisfaits

☐ Plutôt insatisfaits

☐ Très insatisfaits

☐ Sans opinion

Question n°15 : La régulation peut-elle à votre avis encourager les jeunes médecins généralistes à s'installer dans les campagnes vosgiennes ?

☐ Oui

☐ Non

☐ Sans opinion

Citez 3 points positifs de la régulation libérale :

✓
✓
✓

Citez 3 points négatifs de la régulation libérale :

✓
✓
✓

Contact : fabricegrolier@yahoo.fr

Fabrice GROLIER 64 avenue Carnot 54130 SAINT MAX

ANNEXE n° 5 : Tableaux croisés de l'enquête.

1) Analyse des résultats entre le croisement de la variable sexe et les autres items.

✓ « Degré de satisfaction de la régulation »

	Hommes	Femmes	p
« Très satisfaits »	39,9%	36,2%	ns
« Autres »	60,1%	63,83%	

Il n'existe pas de différence statistiquement significative entre les réponses des hommes et des femmes concernant le « degré de satisfaction de la régulation ».

✓ « Impact sur la qualité de vie »

	Hommes	Femmes	p
« Très positif »	59,1%	70,2%	ns
« Autres »	40,9%	29,8%	

Il n'existe pas de différence statistiquement significative entre les réponses des hommes et des femmes concernant « l'impact sur la qualité de vie ».

✓ « Encouragement à l'installation en milieu rural »

	Hommes	Femmes	p
« Oui »	81,6%	86,4%	ns
« Non »	18,4%	13,6%	

Il n'existe pas de différence statistiquement significative entre les réponses des hommes et des femmes concernant « l'encouragement à l'installation en milieu rural ».

2) Analyse des résultats entre croisement de la variable *milieu d'exercice* et les autres items.

✓ « Degré de satisfaction de la régulation »

	Rural	Semi-rural	Urbain	p
« Très satisfaisant »	41,2%	33,3%	44,8%	ns
« Autres »	58,8%	66,7%	55,2%	

Il n'existe pas de différence statistiquement significative entre les réponses des médecins installés en milieu rural, semi-rural et urbain concernant le « degré de satisfaction de la régulation ».

✓ « Impact sur la qualité de vie »

	Rural	Semi-rural	Urbain	p
« Très positif »	58,8%	65,7%	56,7%	ns
« Autres »	41,2%	34,3%	43,3%	

Il n'existe pas de différence statistiquement significative entre les réponses des médecins installés en milieu rural, semi-rural et urbain concernant « l'impact sur la qualité de vie ».

✓ « Encouragement à l'installation en milieu rural »

	Rural	Semi-rural	Urbain	p
« Oui »	83,3%	88,8%	70%	0,02
« Non »	16,7%	11,2%	30%	

Il existe une différence statistiquement significative ($p = 0,02$) entre les réponses données par les médecins installés en milieu rural, semi-rural et urbain concernant l'encouragement à l'installation en milieu rural des jeunes généralistes.

En effet, ils ne sont que 16,7% en milieu rural et 11,2% en milieu semi-rural à penser que la régulation n'a pas d'effet sur l'incitation d'installation en milieu rural contre 30% en milieu urbain.

3) Analyse des résultats entre croisement de la variable *mode d'exercice* et les autres items

✓ « Degré de satisfaction de la régulation »

	Exercice seul	Exercice en groupe	p
« Très satisfaits »	44,6%	34,5%	ns
« Autres »	55,4%	65,5%	

Il n'existe pas de différence statistiquement significative entre les réponses des médecins exerçant seuls et ceux exerçant en groupe concernant « le degré de satisfaction de la régulation ».

✓ « Impact sur la qualité de vie »

	Exercice seul	Exercice en groupe	p
« Très positif »	61,8%	60,4%	ns
« Autres »	38,2%	39,6%	

Il n'existe pas de différence statistiquement significative entre les réponses des médecins exerçant seuls et ceux en groupe concernant « l'impact sur leur qualité de vie ».

✓ « Encouragement à l'installation en milieu rural »

	Exercice seul	Exercice en groupe	p
« Oui »	84,4%	80,9%	ns
« Non »	15,6%	19,1%	

Il n'existe pas de différence statistiquement significative entre les réponses des médecins exerçant seuls et ceux en groupe concernant « l'encouragement à l'installation en milieu rural ».

VU

NANCY, le 25 mai 2009
Le Président de Thèse

Professeur J.D. DE KORWIN

NANCY, le 29 mai 2009
Le Doyen de la Faculté de Médecine

Professeur H. COUDANE

AUTORISE À SOUTENIR ET À IMPRIMER LA THÈSE

NANCY, 4 juin 2009

LE PRÉSIDENT DE L'UNIVERSITÉ DE NANCY 1
Par délégation

Madame C. CAPDEVILLE-ATKISON

RESUME DE LA THESE

La régulation libérale vosgienne reçoit chaque année environ 30 000 appels. Quatre appels sur dix se gèrent uniquement par téléphone et seulement un sur dix se termine par une visite à domicile du médecin entraînant alors une baisse des dépenses de santé.

L'opinion des médecins généralistes vosgiens sur ce dispositif a été évaluée par l'envoi d'un questionnaire de satisfaction. 261 questionnaires ont été reçus sur 345 envoyés soit un taux de participation de 75,7%.

Le système de régulation fait l'unanimité chez les généralistes vosgiens puisque la quasi-totalité (99%) en connaissent l'existence et 97% déclarent y avoir recours systématiquement. Le taux de satisfaction du dispositif de régulation est aussi très élevé avec 94% de médecins satisfaits. De plus, ils estiment dans 95% des cas que la régulation a amélioré leur qualité de vie au cours des gardes (baisse de la charge de travail, préservation de la vie de famille, diminution du stress,...). Enfin, 71% des médecins pensent que ce système pourrait attirer leurs jeunes confrères dans les zones rurales.

Néanmoins, 39% d'entre-eux signalent avoir déjà rencontré des difficultés avec la régulation (mauvaise évaluation de la gravité de la situation, actes injustifiés, problèmes relationnels avec le régulateur,...). Par ailleurs, 13% des praticiens interrogés avouent avoir déjà effectué une « contre-régulation ». Dans un cas sur deux, il s'agissait d'un désaccord avec la prise en charge proposée par le régulateur.

Les médecins vosgiens plébiscitent la régulation libérale mais reconnaissent que le système n'est pas parfait avec des réponses parfois inadaptées ou bien des retards de prise en charge. Au final, le département ne présente aucune zone dépourvue de médecin de garde et la PDS continue à bien fonctionner. Toutefois, l'équilibre reste fragile : le vieillissement de la population médicale et le manque d'intérêt pour la médecine générale risquent d'avoir un impact négatif sur la pérennité de la PDS.

TITRE EN ANGLAIS

Private organization of continuity primary care system in a French region (Vosges).
Assessment after five years of activity and evaluation of satisfaction by a questionnaire to 261 general practitioners.

THESE: MEDECINE GENERALE- ANNEE 2009

MOTS CLEFS: Permanence des soins-Régulation libérale-Médecine générale.

INTITULE ET ADRESSE DE L'UFR :

Faculté de Médecine de Nancy
9, avenue de la Forêt de Haye
54505 VANDOEUVRE-LES-NANCY